

BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial
de Metges de Lleida



Número 124 · Setembre del 2017

Debat sobre la gestació subrogada



**L'OMC va ajudar
39 beneficiaris,
la majoria orfes
de metges, el
2016 a Lleida**

**Celebrada
la I Jornada
d'Actualització
en Càncer de
Mama al COMLL**

**Experiència
d'un resident de
l'HUAV a la Laia
Foundation de
l'Índia**

Professionals al servei de professionals

El servei d'assegurances del COMLL t'ofereix l'accés a la millor protecció, tant a nivell personal com professional.



Informa-te'n ara



Rambla d'Aragó, 14, Pral.
Lleida



902 11 36 67



medicorasse@med.es

"No tinc por"

El s'atemptats jihadistes a Barcelona i a Cambrils van palesar la capacitat de reacció immediata, eficaça, professional i solidària de la ciutadania catalana. Així ho va reconèixer el Parlament de Catalunya, que va decidir atorgar la medalla d'or de la institució al SEM, els Mossos d'Esquadra, la Guàrdia Urbana de Barcelona i la Policia Local de Cambrils pel seu esforç i valentia. El Parlament també va destacar l'agraïment a les persones voluntàries que, demostrant la seva generositat, van participar en la resposta als atemptats.

Condemnem fermament els atacs jihadistes i manifestem el nostre condol i suport a les víctimes i llurs familiars. A la vegada, expressem el nostre reconeixement als professionals sanitaris i als cossos de seguretat per unes actuacions que van superar amb escreix els límits de la seva responsabilitat.



El primer infermer que de manera espontània va atendre un dels ferits a la Rambla; els equips del SEM, que en 20 minuts van traslladar les víctimes als centres hospitalaris, i els professionals de Medicina i d'Infermeria, que en van tenir cura en la darrera fase del procés, són un exemple que honora les nostres professions. Només hi va haver un col·lapse: el col·lapse solidari dels homes i les dones que es van presentar als hospitals per donar sang.

BUTLLETÍ MÈDIC s'afegeix a la ciutadania i proclama *No tinc por*, perquè ens emparen el civisme, la professionalitat i la solidaritat.



ÍNDEX

- 3** Reunió Interhospitalària d'Otorinolaringologia dels hospitals de Catalunya i Aragó a Lleida
- 6** Un total de 39 beneficiaris de la Fundació OMC el 2016 a Lleida
- 7** I Jornada d'Actualització del Càncer de Mama al COMLL
- 8** Activitats de la Secció de Metges Jubilats de Lleida
- 9** El Col·legi de Metges de Lleida organitza dos nous cursos de formació
- 10-15** Debat sobre la gestació subrogada
- 16-21** S'han de forçar les necessitats bàsiques de respiració i alimentació?
- 24** El treball de Laia Fundació a l'Índia: experiència d'un resident de l'HUAV
- 25-27** Parlem de col·lagen i nutrició
- 28-30** Parlem de nous conceptes en la relació metge-pacient
- 31** Funcions dels comitès d'ètica assistencial

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

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Josep M. Auguet Martín
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guíu
Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep M. Grooles Solé

María Irigoyen Ontiñano
Aurora López Gil
Alba López Pérez
Íñigo Lorente Doria
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Rosa Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero
Montse Puiggené Vallverdú

Àngel Rodríguez Pozo
Óscar Sacristán García
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santefé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
ÀGORA Comunicació,
Assessoria i Mediació, SL

Correcció: Torsitrad

Publicitat: Col·legi Oficial
de Metges de Lleida

Fotomecànica:
Gràfics Claret, SL

Impressió: ImpresPla, SL

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

Comiat i benvinguda del COMLL als metges residents

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va celebrar els actes de comiat i de benvinguda dels metges residents (MIR). El comiat va tenir lloc el passat dia 8 de juny a la seu col·legial, i la benvinguda als nous MIR es va celebrar el 22 de juny també a la seu col·legial.

En el transcurs del comiat dels residents que han acabat la seva especialitat, es van lliurar les beques per a la promoció de la docència del COMLL als afortunats: Adrià Esplugues Vidal, resident de primer curs a Radiodiagnòstic i Electroradiologia; Marc Agraz Bota, resident de primer curs a Psiquiatria; Mar Miralbé Torner, resident de tercer curs a Medicina Intensiva; Clara Matas Nadal, resident de tercer curs a Dermatologia i Venereologia; Sulamita Carvalho Brugger, resident de cinquè curs a Medicina Intensiva, i



Membres de la Junta de Govern amb els becaris del COMLL

Josep Manel Fernández Armenteros, resident de cinquè curs a Dermatologia i Venereologia.

Graduació de la III Promoció de Grau en Medicina de la UdL

La III Promoció del Grau en Medicina de la Universitat de Lleida es va graduar el 19 de maig a la Seu Vella. L'acte va ser presidit per la degana de la Facultat de Medicina, Rosa Soler Tatché; el secretari de la Facultat de Medicina, el Dr. Javier Trujillano; el president del Consell Social de la Universitat de Lleida, Delfí Robinat; el president del COMLL, el Dr. Ramon Mur, i la Dra. Maria Nabal, especialista en pal·liatius i professora de la Facultat de Medicina.

La Dra. Maria Nabal va apadrinar la graduació elegida pels alumnes per la seva gran humanitat i vocació en tot el que fa. La Dra. Nabal va pronunciar

la lliçó magistral *La actividad médica: Vocación, profesión y persona*. En l'exposició va donar savis consells als estudiants, com ara no deixar mai de formar-se i cuidar sempre els pacients.

Els estudiants graduats en Medicina van ser 91, amb procedències molt diverses, i durant l'acte van agrair a la facultat i a la Universitat de Lleida el tracte rebut durant aquests anys. A més, es va lliurar una beca per la seva trajectòria al Dr. Joan Viñas que va rebre també l'agraïment dels estudiants. Va ser un acte en què no van faltar les rialles i en què es van compartir amb tothom les anècdotes més divertides d'aquests sis anys.



La Dra. Nabal va apadrinar els alumnes i les alumnes de la promoció



Investigadors lleidatans

L'ICS premia la recerca de Xavier Matias-Guiu i de Silvia Bielsa

El Dr. Xavier Matias-Guiu, dels hospitals Arnau de Vilanova de Lleida i Bellvitge, va guanyar *ex aequo* amb el Dr. Arturo Evangelista, de l'Hospital de la Vall Hebron, el premi de l'ICS a la trajectòria investigadora als hospitals d'aquest institut. D'altra banda, la Dr. Silvia Bielsa, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), va rebre el premi a la investigadora jove.

Matias-Guiu ha treballat sempre en el camp de l'anatomia patològica i va ser director de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) del 2006 al 2015. A més, és col·laborador del Grup de Càncer Ginecològic de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge i continua vinculat a l'IRBLleida.

Bielsa és investigadora del Grup de Malalties de la Pleura de l'IRBLleida i metgessa internista a l'HUAV. També desenvolupa tasques docents a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

Aquests i la resta de premis de recerca de l'ICS es van lliurar el 16 de juny a Lleida durant la celebració de la IX Jornada de Recerca de l'ICS, que es va centrar en les malalties respiratòries.

Reunió Interhospitalària d'Otorinolaringologia dels hospitals de Catalunya i Aragó a Lleida

La Reunió Interhospitalària dels Serveis d'Otorinolaringologia dels Hospitals de Catalunya i Aragó va reunir 78 especialistes. La trobada es va celebrar el 3 de juny, a partir de les 10 hores, a l'Aula Magna del Campus de Ciències de la Salut de la Universitat de Lleida (UdL), ubicada a l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida. La reunió va repassar els avenços, casos especials, nous protocols i tècniques d'avantguarda que s'estan duent a terme als hospitals d'ambdues comunitats.

La inauguració de l'acte va ser presidida pel delegat de Sanitat a Lleida, Dr. Jordi Cortada. L'acompanyaven les principals autoritats sanitàries de la regió i de la Universitat de Lleida.

Els professionals assistents procedien de dotze centres hospitalaris: Hospital Universitari Santa Maria de Lleida, Hospital d'Igualada, Hospital Joan XXIII, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital del Mar, Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Hospital Universitari Parc Taulí, Hospital de la Vall d'Hebron, Hospital de Bellvitge, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol-Can Ruti, Hospital Universitari Mútua de Terrassa i Hospital Miguel Servet de Saragossa.

Enguany, va tenir un paper destacat la cirurgia robòtica, principalment indicada en la patologia oncològica de cap i coll. Aquesta és una tècnica molt innovadora que necessita d'una formació específica i que, actualment, només està a l'abast dels centres de referència pel seu cost i complexitat. Altres temes que es van tractar van



Taula presidencial de la inauguració de la trobada

Hi van assistir 78 especialistes que procedien de dotze centres hospitalaris

La cirurgia robòtica va tenir enguany un paper molt destacat

ser la cirurgia de la base del crani, les revisions de tumors i malalties sinusals i les complicacions de malalties habitu-

als i altres patologies més rares.

El Servei d'Otorinolaringologia de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida va presentar un protocol de diagnòstic de l'otopatia crònica per colesteatoma, amb suport d'estudis anatomoradiològics i quirúrgics que es van realitzar conjuntament amb el Servei de Radiologia del centre.

En finalitzar les comunicacions, els assistents van fer una sortida cultural a l'antic Hospital de Santa Maria, l'actual edifici de l'Institut d'Estudis Ilerdencs-IEI). Allí es va fer un interessant repàs de la història de l'edifici i de la ciutat de Lleida. A més, els assistents van gaudir d'una visita guiada per les instal·lacions i van veure un audiovisual amb les darreres fotografies de quan l'antic Hospital de Santa Maria estava actiu.



Públic assistent a la reunió interhospitalària d'Otorinolaringologia

Un total de 39 beneficiaris de la Fundació a Lleida el 2016

La Fundació per a la Protecció Social de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) té la missió de promoure la solidaritat i l'ajuda entre metges i metgesses col·legiats per atendre i donar resposta a les necessitats de protecció social d'aquests professionals i les seves famílies. Els ajuts de la fundació són complementaris als del sistema públic i es financen a través de les quotes mensuals i específiques que paguen els col·legiats.

Segons dades de l'any 2016, la fundació va distribuir en l'àmbit estatal ajudes per un valor superior als 13 milions d'euros, que van afavorir 2.690 beneficiaris. El major nombre de prestacions atorgades correspon a les educacionals, que van ser un total de 1.586. Es van donar també 888 prestacions assistencials i 186 per a la conciliació de la vida personal, professional i laboral.

Pel que fa a Lleida, i durant la mateixa anualitat, la fundació va ajudar 29 persones, sense comptar els deu beneficiaris del PAIMM. L'aportació econòmica més elevada es va destinar als orfes de col·legiats i col·legiades, seguits dels metges jubilats, els metges malalts, les vídues i les ajudes per a residències geriàtriques.

El major nombre de les prestacions atorgades correspon a les educacionals



Els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) van aportar a la fundació prop de 150.000 €.

Catàleg de prestacions

La fundació ofereix dinou tipus de pres-

tacions i serveis, que han evolucionat d'acord amb els canvis socials. Així, les darreres prestacions incorporades al catàleg s'orienten, per exemple, a la protecció de metges i familiars dependents i a la conciliació de la vida personal, professional i laboral.

- Prestacions assistencials: corresponen a orfes de col·legiats i col·legiades, a metges amb discapacitats, metges jubilats, vídues i tractaments especials per a nadons d'entre 0 i 16 anys.

- Prestacions educacionals: ajuden a finançar els estudis d'orfes de col·legiats i col·legiades

- Prestacions per a la conciliació de la vida personal, professional i laboral: inclouen els serveis de teleassistència domiciliària i d'atenció a domicili per a persones dependents, el servei Respir per als cuidadors familiars, l'ajuda per al pagament d'una plaça en un residència de gent gran i per a ingressos a la Residència XXI.

- Prestacions per a la prevenció, protecció i promoció de la salut del metge (Programa d'Atenció al Metge Malalt).

- Servei d'atenció social: informació, valoració i orientació a càrrec de professionals psicossocials.

Els imports de les prestacions es calculen d'acord amb els ingressos familiars, el grau de dependència i l'edat en el cas de beques i prestacions educacionals.

cialitat, i fins i tot mai no s'utilitza el nom i els cognoms reals del metge malalt, sinó que se li adjudica un àlies per identificar el seu expedient. El professional decideix si vol ser tractat a Lleida o a Barcelona, i signa un contracte terapèutic amb el COMLL, que l'obliga a acudir a les visites i revisions adequades a la seva malaltia.

El programa també facilita l'accés directe i confidencial a les persones que desenvolupen el PAIMM. A Lleida, el primer contacte el manté la secretària de direcció del Col·legi, que el canalitza cap a la Dra. María Irigoyen, responsable lleidatana del PAIMM i secretària del COMLL. Així mateix, es comunica el nou cas a la seu del PAIMM a Barcelona perquè obri l'expedient. Quan els terapeutes donen d'alta el pacient, es tanca l'expedient.

Fundació Galatea

La Fundació Galatea, creada pel Consell dels Col·legis de Metges de Catalunya, desenvolupa el PAIMM. Però els orígens d'aquest programa es remunten a l'any 1998 mitjançant la iniciativa conjunta del Col·legi de Metges de Barcelona, el Departament de Sanitat i el Servei Català de la Salut. Les sessions d'hospital de dia i els ingressos hospitalaris sempre es fan a la Clínica Galatea, situada a Barcelona.

La Fundació assegura que 1 de cada 10 metges pot patir una malaltia psíquica o una addicció durant la seva vida professional.

Els telèfons per rebre informació sobre el PAIMM són el 973 273 859 i el 902 362 492.

Congrés a Mallorca

El VII Congrés del PAIMM/Primera Trobada Llatinoamericana es va celebrar al maig a Palma de Mallorca. Hi van assistir prop de 200 persones, entre les quals hi havia autoritats balears, dirigents de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) i presidents dels col·legis de metges. La Dra. María Irigoyen hi va participar en representació de la Junta de Govern del COMLL.

Durant el Congrés, el Dr. Serafín Romero, president de l'OMC, va recordar que el PAIMM "és l'eina amb la qual complim el nostre codi deontològic". Malgrat els avenços del programa, el Dr. Romero va reconèixer que queden reptes pendents, com promoure'l en l'entorn de les juntes directives col·legials i en l'àmbit de les administracions sanitàries.

El president de l'OMC va demanar més atenció a la salut dels metges en les etapes més complexes, com el grau i la residència.

I Jornada d'Actualització en Càncer de Mama

La I Jornada d'Actualització en Càncer de Mama va tenir lloc el 4 de maig a la sala d'actes del COMLL. Va ser una jornada intensiva a la qual van assistir presencialment una trentena de facultatius i uns trenta més d'inscrits la van seguir via *streaming*.

La jornada, impartida pels professionals de l'equip de la Unitat de Mama de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, que recentment ha rebut l'acreditació de Centre d'Excel·lència de la Senologic International Society, va inaugurar-se amb la introducció a càrrec del Dr. Iglesias, cap de la Unitat de Mama.

El maneig del càncer de mama és actualment individualitzat per a cada dona i cada càncer. Per això aquesta jornada va requerir un equip multidisciplinari de professionals amb dedicació específica en Sinologia.

Les ponències sobre diagnòstic i intervencionisme radiològic en càncer de mama van ser presentades per la Dra. Reñé, el Dr. Royo i la Dra. Gil, del Servei de Radiologia de l'HUAV i l'IDI. L'equip d'Anatomia Patològica, en aquesta ocasió representat per la Dra. Panadés, va exposar els elements de major importància a l'hora d'interpretar un informe anatomopatològic.

Montse Llorens, coordinadora del programa de cribatge poblacional del càncer de mama, va presentar les dades que palesen la importància i la complexitat d'una de les principals eines de detecció precoç i d'entrada dins del circuit de maneig.

Els avenços en cirurgia conservadora, control quirúrgic de la malaltia i els canvis actuals en el maneig de l'afectació ganglionar van ser exposats pel Dr. Iglesias. El va seguir el Dr. Solà, cirurgià plàstic de la Unitat de Mama, per explicar els diferents mètodes de

Amb la participació presencial d'uns trenta facultatius i trenta més via "streaming"

Es preveu que se celebrin futures jornades

reconstrucció en la pacient amb càncer de mama, que prenen vital importància en la pacient amb una mastectomia, sobre la qual va parlar de forma molt entenedora el Dr. Canosa, cirurgià especialista en Sinologia de la Unitat de Mama.

El Dr. Morales i la Dra. Gasol, del Servei d'Oncologia, amb específica dedicació a l'oncologia de la mama, van presentar els estudis i els assajos en curs i les seves conclusions pel que fa a la neoadjuvència quimioteràpica, així com la teràpia sistèmica adjuvant i el complex i delicat maneig de la malaltia metastàsica.

Per finalitzar, la Dra. Carrizo, del Servei de Radioteràpia, ens va facilitar entendre el funcionament i les estratègies que segueixen el radioterapeutes en el maneig neoadjuvant, intraoperatori i adjuvant del càncer de mama.

La cloenda, a càrrec del Dr. Iglesias, va destacar l'èxit del curs, que de ben segur anirà seguit de futures jornades.

Dr. Jordi Melé Olivé
Consell de Redacció del
BUTLLETÍ MÈDIC

Deu beneficiaris del PAIMM l'any passat a Lleida

El Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM) va ajudar deu col·legiats del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) durant l'any 2016. Del total de professionals atesos, tres eren casos nous i la resta s'havien incorporat al programa en anys anteriors. L'atenció als pacients va generar tres primeres visites, 54 visites successives, 6 estudis neuropsicològics, 24 sessions de psicoteràpia grupal, 110 controls toxicològics, 48 estades en un hospital de dia i un ingrés hospitalari amb 24 estades.

Les xifres són similars a les registrades en anys anteriors, encara que es produeix alguna fluctuació. Així, per exemple, l'any 2015 el PAIMM va atendre 11 pacients, dels quals 5 eren casos nous; el nombre de visites successives, de sessions a l'hospital de dia i de controls toxicològics va ser inferior al del 2016 i, en canvi, els ingressos i les estades hospitalàries van ser superiors.

El PAIMM assisteix els metges que pateixen problemes psíquics o conductes addictives. Els proporciona el tractament adequat per a la seva cura



Participants en l'últim congrés del PAIMM celebrat a Mallorca

i perquè puguin exercir la professió en bones condicions per a la salut dels seus pacients. El contacte amb el programa pot fer-lo el mateix metge, un familiar o un company de feina.

El Programa d'Atenció al Metge

Malalt és pioner a Espanya i a Europa.

El procediment

El procediment establert pel PAIMM garanteix en tot moment la confiden-



Una de les ponents de la jornada celebrada al COMLL

ACTIVITATS DE LA SECCIÓ DE METGES JUBILATS



Participants en el lliurament de premis celebrat a Girona

Celebració del Concurs Artístic per a Metges 2017 i viatge a Cardona

El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona va acollir la reunió preparatòria de la 13a convocatòria dels Concurs Artístic per a Metges 2017. Hi van assistir els presidents de les seccions de metges jubilats: el Dr. Sans i Riera per part de Barcelona; el Dr. Fontanet, de Tarragona; el Dr. Marqués, de Girona, i el Dr. Lorda, de Lleida. A la reunió es va acordar que Lleida seria la seu del Premi de Poesia. El dia 9 de maig es va constituir el jurat, presidit per Maria Teresa Martí-nez Ortiz, amb els vocals Maria Tor-

rego Gonzalo i José Antonio Navasa Bara. El jurat va decidir per unanimitat atorgar el primer Premi de Poesia al treball *Solitàries ermites*, obra de la Dra. Carme Miró Teixidó de Lleida, que exerceix la professió a Barcelona.

El lliurament de premis es va celebrar el 17 de maig a l'hotel Carlemagne de Girona amb la presència del president del Col·legi de Metges de Girona, el Dr. Vilaplana, i dels presidents de les seccions de metges jubilats de tot Catalunya. Maria Teresa Martínez i el Dr. Albert Lorda van lliurar la figura Tri-

tón a la Dra. Carme Miró Teixidó.

Posteriorment, els assistents a l'acte van gaudir d'una visita a Girona i d'un dinar de germanor.

Visita cultural a Cardona

La Secció de Metges Jubilats del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va fer el 8 de juny una sortida cultural a Cardona. Un cop hi van arribar van fer un tomb per la part antiga del poble. Van recórrer el carrer Major fins a la plaça de l'Església de Sant Miquel, d'estil gòtic, que van visitar. També van poder contemplar el retaule de l'apòstol Sant Joan.

El matí es va acabar amb una visita a les mines de sal, on l'escultura d'un miner els donava la benvinguda abans d'iniciar el recorregut. La guia va explicar els tipus de sal que hi ha dins la mina, la composició, els colors, les textures, la barreja amb els sediments i la seva formació geològica, entre altres aspectes.

Després de dinar al restaurant La Premsa, van iniciar la visita pel Pati d'Armes al castell de Cardona, on els van explicar l'origen del primer castell i de la torre erigits al segle VII per ordre de Guifré el Pilós dins de la Marca Hispànica.

Els lleidatans van seguir pel claustre i van conèixer que l'estructura del castell tenia dues zones: la de la noblesa i la del clero. També van visitar l'església, d'una alçada important, i la cripta sota l'altar major.

El recorregut va finalitzar amb la visita a la Torre Minyona i el recinte de la presó amb l'explicació de la llegenda.

CURSOS FORMATIUS DEL COMLL

"Actualització d'aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic" (17 d'octubre)

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) organitza el curs *Actualització dels aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic*, que tindrà lloc el dia 17 d'octubre, de les 16.00 a les 20.30 hores, a la seu col·legial. Hi estan convidats els metges i metgesses col·legiats i els estudiants de medicina.

La conferència *Aspectes ètics de la medicina* anirà a càrrec del Dr. Rogelio Altisent, metge especialista en medicina familiar i comunitària del Centre de Salut Actur Sur de Saragossa, graduat en biètica per la Universitat de Monash de Melbourne (Austràlia) i professor associat de la Facultat de Medicina de Saragossa.

El Dr. Bernardo Pérez Pérez, metge especialista en medicina legal i forense, professor titular i director de l'Escola de Medicina Legal de la Universitat Complutense de Madrid, exposarà el tema *Aspectes legals de l'exercici mèdic*.

Per seguir el curs, cal inscriure-s'hi prèviament a la Secretaria del COMLL (rambla d'Aragó, 14, principal - Lleida). L'activitat també es retransmetrà per *streaming*. El diploma del curs es lliurarà als professionals que acreditin almenys el 80% d'assistència.

"Actualització en electrocardiogrames", a partir del 9 d'octubre

La Dra. Albina Aldomà impartirà el curs *Actualització en electrocardiogrames* els dies 9, 16, 23 i 30 d'octubre, de les 17.30 a les 20.30 hores, al Col·legi de Metges de Lleida. El Consell Català de la Formació Continuada de Professionals Sanitàries ha concedit l'acreditació d'1,9 crèdits als participants.

La Dra. Aldomà és cardiòloga de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida i investigadora de l'IRB-Lleida. Durant el curs, que tindrà una durada de 12 hores, parlarà de la sistemàtica d'interpretació d'un ECG, les taquiaritmies auriculars i ventriculars i els trastorns de la repolarització. Albina Aldomà dedicarà la darrera sessió a exposar-ne casos pràctics.

Totes les col·legiades i col·legiats del COMLL estan convidats al curs, però s'hi han inscriure prèviament a la Secretaria del Col·legi de Metges de Lleida. El diploma de l'activitat es lliurarà als participants que acreditin una assistència mínima al 80% del curs.

Acords de la Junta de Govern del Col·legi

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves darreres sessions, ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Atorgament d'un ajut col·legial per a la sisena jornada d'actualització mèdica celebrada a la localitat de Montellà.

- Designació del Dr. Mario Sirat Castillo com a representant del Col·legi en el Consell Aranés de Benèter e Salut

- Informació sobre l'actualització feta del programa de gestió dels col·legiats GESCOL, amb la implantació de noves utilitats.

- Informació sobre la reunió celebrada el 7 de juny entre representants del Metges de Catalunya, el delegat territorial de Salut i el gerent de l'ICS per tal de tractar diversos assumptes relacionats amb la sanitat de Lleida.

- Celebració el 8 de juny de l'acte de comiat dels MIR, amb el lliurament dels xecs als guanyadors de les beques de promoció de la docència del COMLL. El 22 de juny va tenir lloc l'acte de benvinguda als nous MIR.

- Adhesió del Col·legi, a través del Consell de Col·legis Metges de Catalunya, al manifest de suport ciutadà a la candidatura de Barcelona per acollir l'Agència Europea del Medicament. Així mateix, s'ha adherit al pacte per a la reforma horària.

- Inscripció al registre col·legial de societats professionals de les entitats Urologia Integral Lleida, SLP, i Uro-mèdic Lleida, SLP, ja que compleixen els requisits establerts.

- Informe sobre la campanya de les declaracions de la renda de l'exercici 2016: 900 expedients atesos, que han suposat l'elaboració de 1.161 declaracions de l'IRPF i 87 del l'impost sobre el patrimoni.

- Pròrroga del contractes laborals de personal del Col·legi: Marta Vidal Ximenes, 6 mesos més, i Marina Canales Navarro, 3 mesos més.

- Resolució de dos expedients disciplinaris.

- Acord amb la empresa informàtica Vunkers sobre la ubicació i custòdia del servidor col·legial i els seus continguts.

- Acord per sol·licitar tres projectes de millora i desenvolupament -amb

Moviment col·legial de juny i juliol del 2017

El COMLL ha registrat 22 altes durant els mesos de juny i juliol del 2017: Judith Angel Solà, María del Mar Buitrago Torres, Pablo Pastor Pueyo, Ramiro Lizón Ramos, Renato Silva Drummond, Carmen Ivorra Bonilla, Antonio Martínez Gascón (), Óscar Cruz Piñero Sánchez, María Altargracia Santos de Tejada, Amadeu Orlando Ortega, Noemí Marengo, María José Diàñez Villabona, Gabriel Alejandro Aguilera Aguilera, Adriana María Buritica Aguirre, Luis Enrique Cajamarca Calva, Katuska Carolina Rosas Soto, Juan José Armendáriz Tirapu, María de los Angeles Cabrol Culleré, María Luisa Amoedo Rivera, José Moctezuma Velázquez, Nelson Ernesto Morales Palacios i Marta Bonjorn Martí.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 15 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de juny figura la defunció del Dr. Albert Algueró Vives, i entre les del mes de juliol la defunció del Dr. Manuel Celma Cinca.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats i col·legiades honorífics els doctors i les doctores Souhail Abiad Anzo, Genoveva Canal Pey, María José Panadés Siurana, Joan Ibars Solsona, Jacobo Alcutén Pardo, Joan Badia Trilla i Sebastià Barranco Tomàs.

Total col·legiats el 31/07/2017: 1.821

inclusió de planificació d'actuacions, terminis i costos- que donin resposta a necessitats plantejades, com la millora de la seguretat informàtica col·legial, la resolució d'incidències tècniques, la implementació de noves aplicacions, l'estalvi econòmic i l'assessoria informàtica, entre altres.

- Inici de l'estudi per a la implementació del servei d'assessoria laboral al Col·legi

- Convocatòria d'una assemblea extraordinària per al 21 de setembre de 2017 amb els següents assumptes: separació de la quota Fundació para la Protecció Social, modificació dels estatuts col·legials i proposta d'inversió col·legial.



A la dreta, el castell de Cardona. A l'esquerra, nau centra de l'església del castell

La gestació subrogada

En el debat social, segurament amb més força que en el medicocientífic, s'han presentat darrerament diverses iniciatives per regular la gestació subrogada, o per substitució, que intenten donar resposta als problemes que troben tant els pares d'intenció com el fills nascuts dels acords de subrogació materna.

La gestació subrogada és una situació realment complexa. En primer lloc, cal veure que és una activitat contrària a l'ordenament jurídic intern, que la prohibeix expressament en l'article 10.1 de la Llei 14/06, de 26 de maig, sobre tècniques de reproducció humana assistida, i que declara la nul·litat de ple dret del contracte en què s'acordi la gestació, amb preu o sense, a càrrec d'una dona que renuncia a la filiació materna en favor del contractant o d'un tercer.

La interdicció de la gestació subrogada es reforça amb la tipificació penal establerta en l'article 221 del Codi Penal, que sanciona amb penes de presó, que poden arribar fins als cinc anys, la suposició de part i l'alteració de la paternitat, i castiga els que lliurin un fill a una altra persona, així com els que el rebin i els intermediaris, àdhuc si s'ha fet a l'estranger.

Seguidament, i en cas que se superi aquest primer escull desplaçant el contracte i la gestió al territori d'un Estat que l'admeti, o bé en un altre cas que reguli expressament la maternitat subrogada, se'ns presenta una altra qüestió, de caràcter ètic, que se centra directament en el respecte a la dignitat i a la llibertat humana, i els efectes que poden derivar d'una cosificació i una mercantilització del cos de la dona i dels nadons.

Sembla que la qüestió no és pas d'aplicació de tècniques de reproducció humana, sinó d'ètica, i d'aplicació de la millor tècnica legislativa per fer possible el desig maternal/paternal d'aquells que no han estat afavorits per la natura, respectant, al mateix temps, la dignitat i la llibertat de la dona que presta la seva col·laboració per acomplir l'anhel dels pares d'intenció.

Amb la regulació actual, els pares d'intenció se situen clarament al marge de la llei, exposats a sancions penals, alhora que els fills nascuts d'un contracte de maternitat subrogada, sense reconeixement legal, són llençats als llimbs.

La globalització del món i la facilitat en els desplaçaments, factors als quals s'unix el fet que cada dia siguin més els ordenaments jurídics que reconeixen i regulen la gestació per substitució (Califòrnia, Minnesota, Grècia, Regne Unit), són elements suficients que han de moure la voluntat dels nostres legisladors per tal de promulgar una disposició que, amb la instauració dels controls i els requisits que siguin necessaris per garantir la llibertat de les persones i l'altruisme de les

seves actuacions, faci possible l'establiment d'un sistema legal sobre la gestió subrogada que, al mateix temps, sigui respectuós amb la dignitat de la persona, de manera semblant al que regula el trasplantament d'òrgans i les adopcions.

J. Corbella i Duch
Advocat

Aspectes ètics i psicològics de la gestació subrogada

És una constant des del segle XX que els avenços de la medicina ens facin plantejar nous interrogants. El saber tècnic, en algunes àrees, va molt més de pressa que l'ètic, i això fa que se'ns plantegin dubtes sobre si alguns avenços de la ciència són correctes o no, si tot s'hi val o si hem de posar límits a les possibilitats científiques.

De fet, es considera una de les frases fundacionals en el món de la bioètica aquella que es planteja si tot allò que és tècnicament possible de realitzar és èticament correcte de fer-ho.

Els dubtes morals sempre han aparegut davant

el desenvolupament tecnocientífic. Debats intensos en altres moments, ara, la majoria de la societat els veu com a poc conflictius, com, per exemple, el de l'establiment dels criteris de mort cerebral. Hi ha altres debats que encara estan actius, com, per exemple, els límits de la reproducció assistida per edat, o debats que semblaven tancats, com el de la donació d'òrgans, i que es revifem quan parlem d'òrgan de donant viu.

La bioètica neix en la gestió de la complexitat per intentar aportar criteris i per poder prendre millors decisions. Dialogar, deliberar, contraargumentar y decidir són verbs que requereixen temps pausats i bona solera, amb arguments correctes i ben desenvolupats.

La ciència ens obre multitud de potencialitats, però també dilemes morals. I cal vigilar

La ciència ens obre multitud de potencialitats, però també dilemes morals. I cal vigilar per no caure en la fal·làcia naturalista, el pas de "ser" a "ha de ser". Que les coses siguin d'una manera o es puguin fer no vol dir que siguin correctes. Que s'utilitzin armes químiques o nuclears no vol dir que s'hagin d'utilitzar. El fet que alguns països, amb tradicions legals molt diferenciades de les nostres, hagin regulat la maternitat subrogada no vol dir necessàriament que s'hagi de despenalitzar. Cal recordar que

alguns d'aquest països en què ens emmirallem per les legislacions sobre maternitat subrogada tenen encara vàlida la pena de mort.

Com diu Victòria Camps, "la nostra societat de vegades confon desitjos amb necessitats i necessitats amb drets". En l'àmbit de la maternitat és important delimitar què pot ser un desig legítim, què és una necessitat i què és un dret.

En una societat liberal com la nostra sembla que prevalgui el concepte de llibertat negativa,

que implica que hom pot fer allò que cregui sempre que no entri en conflicte amb els altres. I és ben cert que la llibertat o l'autonomia poden formar part de l'argumentari, però no són per si mateixos un argument prioritari. "No fer mal" segueix sent un argument de pes superior.

Els utilitaristes diran que el fi justifica els mitjans, si bé per a la majoria d'ells, sempre que no es traspassin unes línies vermelles. Ajudar a ser pares aquells que no poden és un fi que la majoria de persones consideraran acceptable, però per aconseguir-ho, val qualsevol mitjà? És la gestació subrogada una línia vermella?

Els kantians partiran de la segona formulació de l'imperatiu categòric: tracta els altres com un fi en si mateix i no com un mitjà. La dona que subroga el ventre de lloguer, és un fi per si mateix o només un mitjà? Es podria considerar una mercantilització del cos humà? Si ho fa amb coaccions (encara que siguin només econòmiques), serà un mitjà, però si ho accepta lliurement, com qui dona un ronyó a un familiar, és també només un mitjà o no? Si no es pot garantir la donació voluntària, serà molt difícil controlar el mercat que genera.

I no només hi ha debat ètic, sinó també psicològic. La gestació subrogada pot afectar negativament des del punt de vista psicològic els pares biològics, la mare de lloguer o el nen o la nena que ha de néixer?

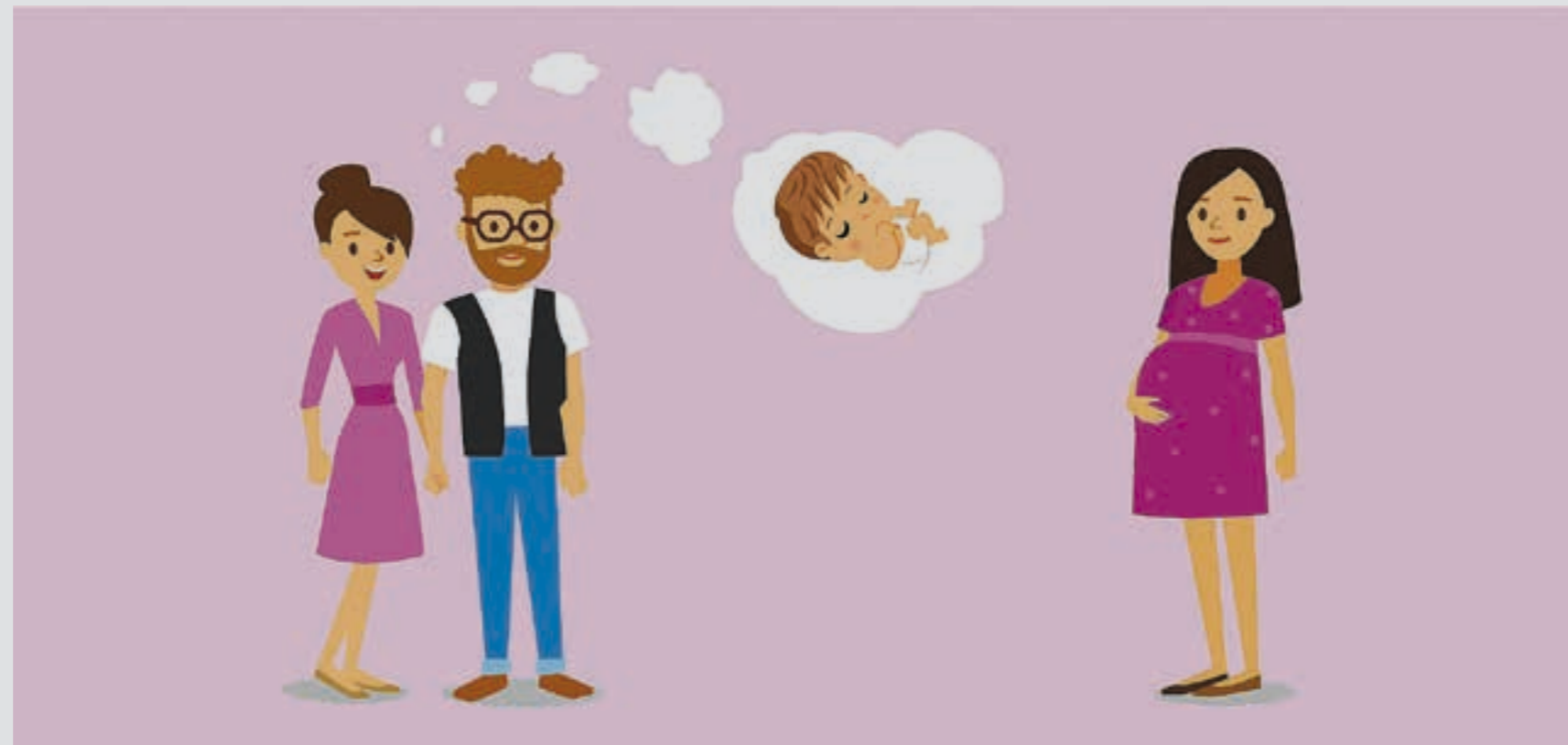
Donar una resposta categòrica a aquesta qüestió seria simplista. Ens podem remetre al mateix debat en relació amb la inseminació in vitro de fa uns 20 anys. Així doncs, pot afectar la inseminació in vitro la psicologia dels pares i dels fills nascuts per aquesta tècnica? La resposta és que, en la majoria de casos, no.

Ara bé, en la gestació subrogada hi ha una tercera persona, que és la dona que posa el "ventre de lloguer". Aquesta dona pot generar una afecció pel futur nadó que després, en no veure'l més, li pot provocar un dol? El/la fill/a, és bo que conegui la dona dins la qual es va desenvolupar des de la implantació fins al naixement? Nombrosos estudis des de fa anys mostren l'enorme influència de la mare en el fetus segons el seu estat d'ànim, alimentació, activitat... Diferents estudis darrerament han mostrat que hi ha una influència en el desenvolupament epigenètic del fetus segons l'entorn uterí.

I finalment, un darrer tema obert sobre la taula. Són desproporcionats els requeriments que es demanen a les parelles que desitgen tenir un fill en adopció i els procediments que han de passar en relació amb els requeriments per ser pare llogant una dona. Són extrapolables? En cas que pugui ser legalment factible, caldria posar una adequació per ser pare, a partir del punt que en aquest procés hi interfereixen tercers (o quarts o cinquens) i passa a estar regulat des del punt de vista públic?

Són moltes preguntes. El debat, com es pot veure, està obert.

Dr. Josep Pifarré
Dra. Montse Esquerda 11





Los marcos legales

La gestación subrogada, una técnica de reproducción asistida que parte de un principio sencillo —una mujer gesta hijos para un tercero con el que no existe vínculo genético—, está de plena actualidad, y eso viene constatado por hechos tan diversos como que partidos políticos lo reflejen en sus memorándums, que revistas de moda le dediquen artículos y que personas mediáticas hayan satisfecho sus deseos de paternidad o de aumentar su familia gracias a esta técnica.

El primer acuerdo de maternidad subrogada en el que se involucró la inseminación artificial documentado ocurrió en 1976, a través de Noel Keane, un abogado que en Dearborn, Michigan (Estados Unidos), creó la Surrogate Family Service Inc. para ayudar a parejas con dificultades para concebir facilitándoles el acceso a madres sustitutas y realizando los arreglos necesarios para la subrogación.

La gestación subrogada ya está en nuestra sociedad, aunque alegal, y ahora es necesario saber qué hacer para atender a una situación que ya existe. En este artículo se desarrolla el concepto, el marco legal que existe en nuestro país, las diferentes tipos de técnicas que llevan a esta gestación y su control obstétrico.

¿Qué es la gestación subrogada?

La gestación subrogada, o gestación por sustitución, es una forma de reproducción asistida en

la que, además de los futuros padres, participa una mujer que gesta el embrión. Este embrión puede ser el resultado de una inseminación artificial o de una fecundación in vitro y los gametos pueden proceder de uno de los progenitores y de una donación o de los dos progenitores, o ser ambos gametos de donantes.

Esta técnica se produce cuando, mediando un acuerdo o contrato, una mujer, con plena capacidad de obrar, consiente libremente llevar a cabo la gestación con el compromiso irrevocable de entregar el recién nacido a los otros intervinientes que, a todos los efectos, serán los progenitores o padres.

¿Qué marco legal existe en nuestro país?

¿Es legal en otros países?

En nuestro país la gestación subrogada es alegal: el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida establece que el contrato por el que se convenga la gestación, con o sin precio, a cargo de una mujer que renuncia a la filiación materna a favor del contratante o tercero es nulo de pleno derecho.

Sin embargo, la instrucción de 5 de octubre de 2010 de la Dirección General de los Registros y el Notariado ha dejado sin contenido efectivo la prohibición de la gestación subrogada. Esta instrucción contempla la inscripción en el Registro Civil de niños frutos de esta técnica, siempre que el procedimiento se haya llevado a cabo en

un país en el que dicha técnica esté regulada, que uno de los padres sea español y que exista una resolución judicial que garantice, entre otros aspectos, los derechos de la mujer gestante. En la anotación que se haga en nuestros registros no figurará el nombre de esta mujer.

Nuestro país acepta la gestación subrogada siempre que el procedimiento se realice en el extranjero. Una vez de vuelta a España, y dependiendo del estado de origen de los niños, estos se inscribirán en el Registro como hijos de los padres de intención (si se cumplen los requisitos establecidos por la referida instrucción) o como hijos de uno de los progenitores (necesariamente varón) y de la gestante (procediéndose posteriormente a la adopción por parte del otro miembro de la pareja).

Existen países en Europa en los que está permitida con diferentes restricciones (solo gestación altruista, solo parejas heterosexuales, solo entre familiares...); en otros está expresamente prohibida y en otros no existe una ley específica que la regule. En algunos estados de EE.UU. está ampliamente permitida y regulada, con un elevado coste económico para los solicitantes pero con mayor seguridad jurídica, ya que se emite una sentencia que dicta quiénes son los padres y tiene validez en España, por lo que suele ser el país mayoritariamente elegido.

La madre de alquiler o portadora debe cumplir unos requisitos mínimos. La edad ideal para un embarazo es entre los 25 y los 35 años. Como mínimo, la madre portadora debe ser mayor de edad (21 años) y no exceder de los 45 años. Un buen estado de salud, que debe comprobarse por medio de exámenes físicos, médicos y pruebas de laboratorio. Debe aprobar una evaluación psicológica exhaustiva. No debe utilizar drogas o tomar medicamentos que puedan afectar el embarazo. La madre portadora debe tener al menos un embarazo previo sin complicaciones. La madre portadora debe estar libre de enfermedades de transmisión sexual.

Formas de maternidad subrogada y control obstétrico

Existen diversas modalidades de subrogación en relación con las personas y las motivaciones que tienen. Señalaremos las modalidades más comunes. Una de las modalidades de maternidad sustituta se podría dar cuando una mujer con pareja masculina no puede gestar en su propio útero por no tenerlo o por alguna malformación que lo impida, pero sí cuenta con sus propios óvulos, y, por otro lado, su pareja tiene espermatozoides de buena calidad, con lo cual pueden realizar una fecundación in vitro e implantar el embrión en una tercera persona, que se ofrece voluntariamente como una forma de ayudar a la pareja en esta dificultad. Se trataría de un acuerdo por fines meramente altruistas donde no media el dinero y se trata de una pareja heterosexual.

Otra modalidad sería una paciente sin pareja, estéril por diferentes causas, con sus propios

óvulos u óvulos de donante que pide o contrata a otra mujer, que se ofrece como madre sustituta, consiguiendo el semen de un donante anónimo.

Otra modalidad más común de subrogación es la de una pareja que contacta con una mujer, con dificultades económicas o de países en vías de desarrollo, o mujer altruista que sabe qué significa tener un hijo y se pone en el lugar de las personas que no pueden tenerlo y, mediante un acuerdo monetario o de bienes, utiliza sus servicios para que geste y alumbré a su futuro hijo, utilizando, ya sea los óvulos de la madre contratante o de una donante y el espermatozoides del padre o de un donante anónimo.

Y por último, una modalidad que está creciendo en estos tiempos es la elección de la subrogación por parte de parejas de varones/mujeres homosexuales como forma de satisfacer sus deseos de paternidad o maternidad.

El control obstétrico de esta gestante es igual que el de cualquier gestación con técnicas de reproducción asistida, estableciendo una especial vigilancia en el diagnóstico de gestación ectópica, más frecuente en estas técnicas, y realizando una buena historia obstétrica datando la edad de la donadora de óvulos para la realización de un correcto cribado de alteraciones cromosómicas.

¿Qué hacer para atender una situación que ya existe? Esta es la pregunta que muchos nos hacemos y que no está en manos del colectivo médico y sí en las de los gobiernos para que clarifiquen la legalidad o ilegalidad de todo este proceso.

Dr. Emilio Maestre

Maternidad por sustitución ("gestational surrogacy")

La maternidad por sustitución, o subrogada (según la terminología usada en la bibliografía americana), es una nueva forma de crear una familia que permite a un individuo o a una pareja llegar a ser padres o madres a pesar de circunstancias en las que la gestación sería biológicamente imposible o estaría medicamente contraindicada.

Técnicamente se trata de una mujer que gestará un feto genéticamente distinto a ella y procedente de otro individuo u otra pareja. Los embriones normalmente procederán de uno o de los dos futuros padres, aunque también pueden proceder de una donante de ovocitos o de espermatozoides de los dos. Todos los comités de expertos coinciden en señalar que la gestante por sustitución nunca debe ser usada como donante de los ovocitos, ya que el vínculo genético crearía unos problemas éticos y legales muy importantes.

La práctica de la maternidad por sustitución debe incluir el conocimiento de la mujer de que está ayudando a gestar a un futuro bebé, genéticamente distinto a ella, con la ayuda de las técnicas de reproducción asistida. Este legalmente debe pertenecer al individuo o a la pareja que intentan ser padres.

Los obstetras y ginecólogos que participan

DEBAT

en el proceso de la maternidad por sustitución deben ayudar a la pareja, así como a la madre gestante.

Aunque la maternidad por sustitución incrementa las opciones de poder crear una familia, estos tratamientos también están envueltos en dilemas médicos, éticos sociales y complejidades legales importantes, que deben ser tenidos siempre en cuenta para minimizar los riesgos y los resultados desfavorables en la madre gestante, los futuros padres y el futuro niño.

El desarrollo de las técnicas de reproducción asistida en los últimos 25 años ha permitido abrir un nuevo horizonte para muchas personas que, de otra manera, no podrían ser padres, y en el caso de la maternidad por sustitución o subrogada, ha creado un amplio debate en las sociedades médicas y en toda nuestra sociedad civil que abarca los campos político, legislativo, ético, etc.

Hoy en día es una práctica no permitida por la legislación española, pero sí por otros países europeos, algunos estados de EE.UU., e incluso alguno de los partidos políticos del panorama nacional lo llevan en su programa electoral.

Tanto la Sociedad Española de Fertilidad como el American College of Obstetricians and Gynaecologist han publicado guías orientativas para los profesionales no solo de la Medicina, sino también legisladores, jueces, psicólogos, etc., para ayudar en una práctica que sin duda revolucionará el futuro de la medicina reproductiva y también de la obstetricia.

De los 174.962 ciclos de reproducción asistida registrados en el CDC norteamericano en 2013, solamente un 2% se trataron de gestaciones por sustitución. Sin embargo, el 85% de los centros en Estados Unidos ofrecen esta posibilidad a sus clientes, y la prevalencia de esta técnica parece incrementarse rápidamente.

La importancia de esta técnica radica en sus beneficios potenciales, ya que se incluyen situaciones en las que el embarazo no es posible por problemas médicos graves, malformaciones genitales, fallos en la implantación de los embriones y ausencia del útero, entre otros. Por supuesto se ha abierto una puerta para ser padres a parejas de varones homosexuales e incluso a varones sin pareja que desean ser padres.

Actualmente las técnicas de reproducción asistida permiten asumir a nivel científico y técnico todos estos retos, pero estamos pendientes de resolver en muchos casos todos los problemas legales y sociales que sin duda crean una polémica importante.

Existen riesgos médicos y posibles complicaciones que pueden surgir a lo largo de la gestación, tales como el diagnóstico prenatal (que puede necesitar el diagnóstico o la terapia invasiva sobre la gestante), enfermedades inducidas por la gestación, cómo proceder en el caso de descubrirse malformaciones fetales o incluso cuál de las partes sería la que debería asumir posibles enfermedades o defectos en el recién nacido. Incluso problemas que pueden surgir, como el consumo de tabaco o drogas por parte de la gestante, ya que hay que tener en cuenta el derecho que tiene la gestante a tomar una



decisión autónoma respecto al feto o a la gestación, incluyendo qué tipo de información desea recibir.

El papel de los profesionales de la medicina debe abarcar el asesoramiento a los futuros padres, a la gestante e incluso a los representantes legales de las partes implicadas, que se recomienda que sean siempre independientes.

Deben existir unidades especializadas que valoren cada uno de los casos, e incluso el American College recomienda que los médicos conozcan el contrato legal entre los padres subrogados y la gestante.

Además, ha surgido lo que la ACOG denomina "cross border reproductive care", que se refiere a la cantidad de parejas e individuos que recurren a estos tratamientos que pueden no ser legales en sus países de origen.

A continuación, citamos las bases que el comité de expertos de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF) recomienda para la maternidad por sustitución.

1. La gestación por sustitución ha de considerarse un recurso excepcional.

2. Tanto la gestante como la parte subrogada deben reunir una serie de requisitos objetivos de edad, capacidad, madurez, salud física y psicológica (evaluación psicológica y criterios clínicos).

Deben existir unidades especializadas que valoren cada uno de los casos de subrogación

3. En aras de salvaguardar en todo lo posible la salud de los futuros hijos y de la gestante, el número de embriones a transferir a esta última será de un máximo de dos.

4. Es obligado que al menos uno de los miembros de la pareja subrogada, o la persona subrogada, si actúa sola, aporte sus gametos.

5. La gestante debe tener previamente algún hijo propio y sano con el fin de que su consentimiento sea realmente informado.

6. La selección de la gestante no podrá hacerla la pareja o el individuo, sino que responderá a criterios médicos. No se debe permitir que la gestante tenga relación de parentesco, laboral, de dependencia institucional o jerárquica.

7. No puede haber pago de un precio a la gestante, sino una compensación económica por las molestias.

8. Las solicitudes deberán recibir un informe favorable de un Comité Ético.

9. Se requerirá aprobación judicial previa al inicio del proceso clínico.

10. Debe reconocerse a las partes afectadas libertad para determinar el régimen anónimo o no de la relación.

11. A la gestante, debe reconocérsele su autonomía y plenitud de derechos desde el momento de la transferencia embrionaria hasta el instante del nacimiento, en el sentido de que podrá interrumpir la gestación o continuarla contra el criterio

de la pareja subrogada. No obstante, en ningún caso podrá negarse a entregar el recién nacido a la pareja subrogada.

12. La Administración habrá de crear un Registro de Gestantes por Sustitución, que será accesible por vía judicial, y serán las clínicas y unidades de reproducción asistida autorizadas quienes deban notificar los casos.

13. Podrán existir agencias intermediarias, pero habrán de ser obligatoriamente sin ánimo de lucro.

Francisco Javier Medrano Juárez
Especialista en Obstetricia y Ginecología
Profesor asociado de la UdL
Médico adjunto del Hospital
Universitario Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFÍA:

Family Building through gestational Surrogacy. Committee Opinion. The American College of Obstetricians and Gynaecologist committee on Ethics, 660, March 2016.

Propuesta de bases generales para la regulación en España de la gestación por sustitución. Grupo de Ética y Buenas Prácticas Clínicas de la Sociedad Española de Fertilidad. Madrid, 15 diciembre de 2015.

FIGO Committee Report: Surrogacy. FIGO Committee for Ethical Aspects of Human reproduction and Women's Health. Int J Gynaecol Obstet 2008. 102:312-3.

Consideration of gestational carrier: a committee opinion. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Fertil Steril 2013; 99:1838-41.

¿Se deben forzar las necesidades básicas de respiración y alimentación?

Respitar y alimentarnos constituyen necesidades básicas para el desarrollo de las personas y para el mantenimiento de la vida. Los avances tecnológicos en el campo de la medicina han posibilitado el desarrollo de sistemas de alimentación y soporte ventilatorio que posibilitan mantener con vida a pacientes críticos que, sin esta tecnología de soporte vital, hubieran fallecido indefectiblemente tiempo atrás.

Estas y otras medidas extraordinarias de soporte artificial de vida favorecen la recuperación de enfermos con patología muy grave pero potencialmente reversible, aunque no siempre resultan beneficiosas y consiguen su objetivo, bien porque la enfermedad avanza hacia un estadio no reversible y la instauración o mantenimiento de medidas de soporte artificial solo consigue aplazar un fallecimiento inevitable, bien porque son causa de complicaciones que empeoran la evolución del paciente e incluso acelera el proceso de la muerte¹. Las infecciones asociadas a catéteres o a ventilación mecánica (VM) y las lesiones por barotrauma son ejemplos de iatrogenia de estas medidas invasivas de soporte artificial de vida.

El equipo clínico que indica estas medidas suele conocer muy bien los riesgos y los beneficios para un paciente determinado. El objetivo asistencial último de estas terapias no será subir unos puntos la saturación de oxígeno en sangre, sino ganar tiempo para que la causa de la gravedad mejore y podamos devolver al paciente una calidad de vida acorde con sus deseos. Para la mayoría de los pacientes y sus familias, su deseo será vivir alejado de tubos traqueales y ventiladores, con capacidad para una vida independiente al menos para las tareas básicas, para las relaciones sociales y sin síntomas que causen sufrimiento físico evitable.

En cualquier caso, la alimentación y la administración de líquidos tienen connotaciones diferentes a las del resto de medidas de soporte vital, ya que su uso se asocia de manera intuitiva al confort y al alivio del sufrimiento. En todas las culturas comer se asocia al placer, y la sensación de

hambre y sed constituyen sensaciones desagradables que nos mueven a la administración de alimentos y líquidos en el caso del enfermo que no se puede alimentar.

Los estudios disponibles no confirman por completo la asociación entre malestar e inanición, y no siempre prescindir de líquidos y alimentos contribuye a aumentar el dolor y el sufrimiento en determinadas situaciones. También sabemos que los mecanismos de homeostasis de nuestro organismo compensan la inanición y son capaces de ofrecer una supervivencia que oscila entre semanas y meses, según las reservas grasas.

Cuando hablamos de nutrición artificial, nos estamos refiriendo a la nutrición parenteral (NP) y a la nutrición enteral (NE). La NP consiste en la administración directamente en vena de nutrientes adaptados (generalmente mediante un catéter venoso central). La NE es aquella que administra los nutrientes a través de un catéter que llega al estómago o a la primera porción del intestino delgado (bien por nariz, boca o de manera percutánea). En sus inicios, la NP creó grandes expectativas y, pese a sus beneficios, se ha constatado que aumenta la morbi-mortalidad de los pacientes y ha quedado relegada a aquellos casos en los que la vía enteral no es posible². La ruta parenteral constituye la vía más habitual para la administración de fluidos y electrolíticos.

Definimos la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) o reorientación del esfuerzo terapéutico (RET) como la decisión de no iniciar o retirar medidas de tratamiento cuando se percibe una desproporción entre los fines y medios terapéuticos, con el fin de no caer en la obstinación terapéutica³. Supone aceptar que la enfermedad no puede controlarse y suspender o no iniciar terapias de soporte vital. Se trata, por tanto, de dejar a la enfermedad que siga su curso natural y limitar el tratamiento a las medidas que pueden aliviar el dolor o el sufrimiento y permitir que, en lo posible, la muerte se produzca en paz⁴. La decisión de LET se justifica sobre la base de la futilidad de las medidas terapéuticas.

Cabe señalar que, en la literatura



Los clínicos no podemos forzar, sino que debemos proponer al paciente lo que consideramos beneficioso

La Ley Básica de Autonomía defiende este principio bioético

revisada, son varios los autores que muestran que el término limitación de esfuerzo terapéutico es desafortunado. Si bien es verdad que se limitan algunas medidas, en muchas ocasiones la carga de trabajo se mantiene o aumenta porque se incrementa la atención psicosocial al paciente y a la familia. El equipo asistencial reorienta el esfuerzo terapéutico (RET) hacia el confort y cuidados al final de la vida⁵. Por otro lado, los clínicos no podemos forzar, sino que debemos proponer al paciente lo que consideramos que es un beneficio para él (beneficencia), pero con su consentimiento, respetando el principio de permiso. La Ley Básica de Autonomía de 2002⁶ defiende este principio bioético.

En resumen, consideramos que son dos los argumentos para no forzar

terapias de soporte vital ventilatorio o nutricional:

A) No indicación:

El equipo asistencial, de acuerdo con su experiencia, la literatura médica actual y la evaluación cuidadosa del paciente en concreto, no lo cree indicado. No supone un beneficio para el paciente o el riesgo de la terapia supera al beneficio esperado. La situación clínica del paciente evaluada por el equipo asistencial (posibilidad de cura o mejora sustancial, comorbilidad previa, gravedad actual, calidad de vida previa y previsible...) indica que esas medidas son desproporcionadas o no adecuadas para él.

Son el médico y su equipo los que limitan el esfuerzo de esta terapia o plantean su retirada por futilidad o inadecuación.

B) Rechazo al tratamiento:

El paciente o sus allegados no desean la terapia que propone el equipo asistencial y no la consienten tras haber recibido información precisa (pros/contras) en una situación de competencia mental para entender toda esa información.

Es el paciente y/o su familia los que motivan la retirada o no instauración del tratamiento.

1. La nutrición y la hidratación, ¿son medidas de soporte vital o son parte de los cuidados generales en pacientes que no se pueden alimentar?

Esta es la premisa sobre la que giran la mayor parte de los conflictos éticos en torno a la alimentación e hidratación. Si nutrición e hidratación

constituyen procedimientos invasivos extraordinarios no deberían ser indicados o deberían ser retirados en el caso de pacientes sin expectativas de recuperación. Por el contrario, si se trata de parte de los cuidados básicos, su retirada vulnerará los principios bioéticos de no maleficencia y justicia.

No existe unanimidad al respecto y la respuesta a esta pregunta varía según el entorno sociocultural y el momento en el que se plantea. En el entorno anglosajón, los profesionales consideran la alimentación por sonda como una medida extraordinaria, que debe ser omitida en caso de situaciones sin expectativas de recuperación o pobre calidad de vida⁷. En estos casos la decisión siempre se basa en las preferencias del enfermo o sus representantes. En nuestro país, la bibliografía ofrece resultados diferentes, y para la mayoría de los profesionales la NE y la hidratación forman parte de los cuidados básicos⁸. Es de destacar que también en nuestro entorno se está produciendo una evolución, y lo que hace unos años era considerado como básico, para muchos profesionales pasa a ser invasivo y extraordinario⁹.

Gómez Rubí¹⁰ propone considerar la nutrición e hidratación como una medida extraordinaria en los casos en los que se administra para corregir desviaciones del metabolismo derivadas del catabolismo, mejorar la inmunidad o tratar un fallo orgánico, ya que se trata de un soporte vital instaurado con expectativas de mejoría. Del mismo modo, en nuestra cultura podríamos considerar la nutrición y la hidratación como partes de los cuidados básicos en los casos en los que la vía oral está comprometida (alteración de la deglución, oclusión intestinal alta, coma...), siempre y cuando el paciente o sus representantes no manifiesten lo contrario.

2. Situaciones en las que la nutrición artificial plantea problemas éticos

Pese a la dificultad de abordar este tema generalizando y en un espacio limitado, tratar diferentes situaciones clínicas puede ayudarnos en la toma de decisiones.

2.1. Enfermedades agudas

En las enfermedades agudas, la NP/NE supone una estrategia terapéutica para garantizar el aporte de los nutrientes necesarios en una situación de gran estrés para el organismo en espera de que el resto de medidas terapéuticas desarrolladas hagan su efecto y el organismo sea capaz de restaurar la salud. Lo mismo ocurre en los casos de deshidratación aguda. La hidratación y reposición de electrolitos constituye una medida de tratamiento activo a mantener hasta la resolución del problema agudo.

2.2. Pacientes con reservas nutricionales normales con compromiso de su alimentación por procesos irreversibles (coma, estado vegetativo permanente, demencia avanzada, vía oral comprometida, etc.)

En estos casos en los que el paciente no puede alimentarse, la nutrición artificial puede constituir un cuidado básico. El objetivo de la alimentación es mantener la calidad de vida y/o disminuir las complicaciones a corto y medio plazo que se derivarían de la ausencia de nutrición. Los objetivos de estas medidas deben ser revisados periódicamente en función de la evolución del paciente. Los resultados disponibles en estos casos son contradictorios¹¹ y parte de la toma de decisiones está mediada por el entorno cultural en el que se produce y el sistema de valores del paciente y sus representantes.

2.3. Pacientes en situación de final de vida

En el caso de pacientes afectos de neoplasias u otras enfermedades (esclerosis lateral amiotrófica, insuficiencia cardíaca avanzada, fibrosis pulmonar, etc.) en su fase final. La nutrición artificial puede constituir una ayuda o una agresión desproporcionada para el objetivo que se persigue, que es garantizar el confort

del paciente. En estas situaciones, no existe, habitualmente, sensación de hambre, y la sensación de sed puede ser tratada con medidas locales en la boca y con la infusión intermitente de pequeñas cantidades de líquido por vía subcutánea. Aquí la toma de decisiones debería contar siempre con la opinión del enfermo informado.

Son estos casos los que periódicamente saltan a los medios de comunicación, ya que entra en conflicto la manera de considerar la alimentación entre pacientes, familiares y algunos sanitarios: ¿se trata de un cuidado básico o de un tratamiento fútil? Este dilema requiere la intervención de terceros para su resolución, ya que los valores y principios de cada postura suelen ser bastante inamovibles.

2.4. Pacientes que interrumpen voluntariamente su alimentación

En estos casos, es el propio paciente el que interrumpe voluntariamente la ingestión de alimentos o líquidos. El personal sanitario debería respetar la opción del paciente, de acuerdo al principio bioético de autonomía, siempre que la decisión la desarrolle un paciente competente y adecuadamente informado. Algunos autores no consideran que esta sea una buena opción atendiendo al principio de beneficencia,

ya que, aunque las consecuencias de la no alimentación no son dolorosas, pueden suponer un deterioro que dure semanas y genere un alto impacto emocional en el entorno familiar.

2.5. Huelga de hambre

Estas son situaciones en las que los individuos toman la decisión de dejar de alimentarse como instrumento político o ideológico o como modo de ejercer presión sobre la familia o la sociedad. En otros casos es un signo de enfermedad mental. En todos los casos es importante evaluar el grado de competencia del sujeto. Las resoluciones de la Asociación Médica Mundial¹⁰ han confirmado la necesidad de respetar la decisión de huelga de hambre en el sujeto competente. Un caso particular es el de la huelga de hambre desarrollada por personas privadas de libertad. En estos casos la jurisprudencia es muy variada y las decisiones de los jueces van desde el respeto a la autonomía a la obligación de alimentar forzosamente, pasando por la situación intermedia: respeto a la autonomía hasta la pérdida de conciencia, momento en el cual se inicia la alimentación forzada. Las decisiones son complejas, porque todos los principios bioéticos entran en conflicto y las consecuencias pueden tener

repercusiones legales (por ejemplo, el Estado tiene deber de custodia de las personas en prisión).

3. Marco legal y deontológico

En España, no existe ninguna ley que específicamente regule la limitación del esfuerzo terapéutico (LET)¹², pero existen diversas leyes relacionadas con la LET. En función de su interpretación, las actuaciones relacionadas con la LET podrían o no ser consideradas delito. Así, el artículo 143 del Código Penal penaliza las prácticas relacionadas con la eutanasia y el suicidio asistido¹³.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica,¹⁴ recoge los principios rectores de la bioética, como son el derecho a la intimidad, a la información relativa a la salud de las personas, las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, la negativa a tratamiento o la mayoría de edad para las decisiones sanitarias en los adolescentes. Se trata de una ley de carácter básico estatal y supone un gran avance en las relaciones médico-enfermo.

Por su parte, el Convenio del Consejo de Europa¹⁵ para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (en vigor en España desde el 1 de enero de 2000) defiende el principio de autonomía y la necesidad de una información adecuada para el paciente previa a la toma de decisiones.

La Recomendación 1418/1999¹⁶, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, aboga a los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria. Además, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

Diversos parlamentos autonómicos han desarrollado textos legales con el objetivo de superar los vacíos existentes garantizando los derechos de los pacientes al final de la vida y regulando los deberes del personal sanitario que atiende a los pacientes en el proceso de muerte. Estos textos atribuyen un conjunto de obligaciones para instituciones sanitarias, públicas o privadas, en orden a garantizar los derechos de los pacientes relativas a información, registro y respeto a las preferencias del paciente en la toma de decisiones, criterios mínimos para la valoración de la incapacidad, deberes de los profesio-

nales respecto de la limitación de las medidas de soporte vital preservando las intervenciones necesarias para el adecuado confort de la persona en estas circunstancias.

La primera de estas leyes fue promulgada por el parlamento andaluz¹⁷ en marzo de 2010. En la actualidad existen leyes similares en Navarra¹⁸, Aragón¹⁹, Canarias²⁰, Baleares²¹, Galicia²² y País Vasco²³.

El Código de Ética y Deontología Médica 201,¹²⁴ en relación con la LET, y en su artículo 36, afirma:

“1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

4. El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.”

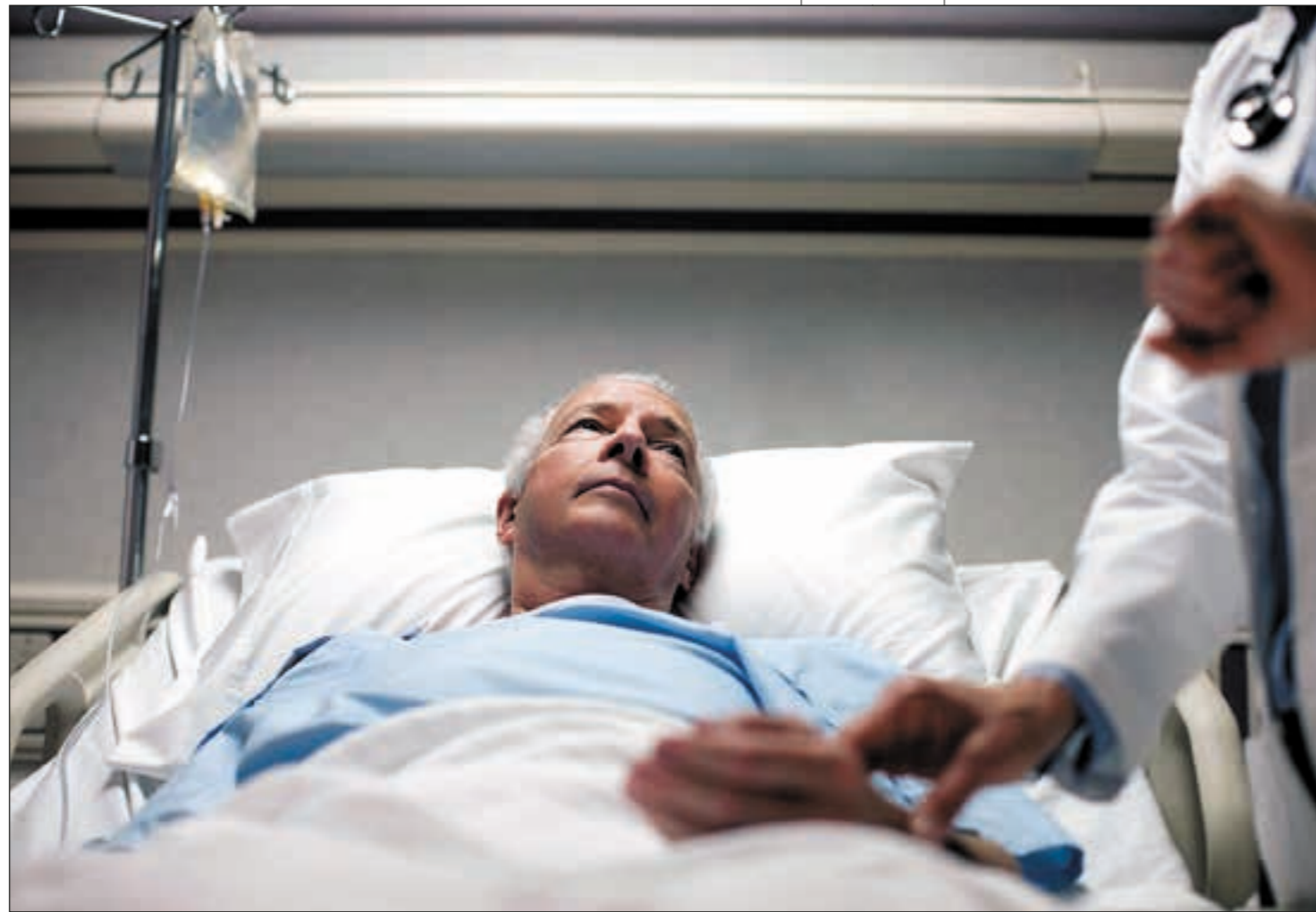
A su vez, el Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya²⁵, que entró en vigor en 2005, señala, en su artículo 70:

“El objetivo de la atención a las personas en situación terminal no es acortar ni alargar su vida, sino promover su máxima calidad posible. El tratamiento de la situación de agonía debe pretender evitar el sufrimiento y la angustia.”

4. Consideraciones prácticas de cara a la toma de decisiones

La retirada de la nutrición artificial o la decisión de no iniciarla pueden, por todo lo expuesto, considerarse acciones de LET. La LET o RET es, por tanto, uno de esos ejemplos en los que se pone de manifiesto la necesidad de un modelo de atención integrado, deliberativo y multidisciplinar que invita a los profesionales a una reflexión bioética en profundidad.

Las siguientes consideraciones pueden resultar de ayuda, ya que describen diversos pasos a desarrollar ante una posible decisión de LET^{3,26,27,28,29,30,31,32,33}.



4.1. La decisión debe ser ajustada al conocimiento actual de la medicina basada en la evidencia

El conocimiento de la historia clínica con evaluación detallada de cada paciente en concreto y el uso de la experiencia internacional mediante la consulta de la bibliografía oportuna permiten ajustar el pronóstico en cada caso y valorar el coste/beneficio de los tratamientos.

Diversas guías de sociedades científicas definen terapias inadecuadas o fútiles en las situaciones clínicas frecuentes (maniobras de resucitación tras parada cardiaca, estados vegetativos, pacientes con insuficiencia de órgano refractario al tratamiento, etc.).

A pesar de la incertidumbre pronóstica, y más en el ámbito de la Medicina Intensiva, que se caracteriza por la toma de decisiones con urgencia, la bibliografía médica ofrece estudios y guías de consenso de sociedades que orientan la situación de irreversibilidad y sustentan estas decisiones de LET^{34,35,36}.

4.2. La decisión debe ser discutida colectivamente y tomada en consenso por el equipo asistencial

La decisión de LET no debe ser individual y ante la ausencia de unanimidad se aplazará. En la decisión deben participar no solo facultativos, sino también enfermeras y cuidadores de la salud que se hallan implicados con el paciente³⁷.

4.3. La decisión debe tener en cuenta la voluntad del paciente y la existencia de instrucciones previas

En situación de amenaza vital, el paciente no suele ser competente para manifestar sus deseos, por lo que la familia es fundamental para transmitir cómo querría que le tratáramos. Se debería promover, especialmente en pacientes crónicos, la realización de un documento de instrucciones previas o testamento vital que pudiera informar a los cuidadores de la salud y familias de cómo querían ser tratados en situaciones al final de la vida³⁸.

En cualquier caso, debemos buscar la participación del paciente en las decisiones explorando sus deseos expresados previamente a la familia (decisiones de sustitución), informarse y consultar con los familiares buscando el acuerdo, y en ningún caso responsabilizarles de la decisión, que suele ser médica³⁹.

4.4. En casos de conflicto, la decisión debe estar apoyada en la deliberación de un Comité de Ética Asistencial

El conflicto suele aparecer cuando el equipo asistencial evidencia futilidad de la terapia de soporte vital y no hay acuerdo con la familia en su retirada o porque los vinculados al paciente proponen LET sin que el equipo médico lo

crea indicado.

La decisión de LET generalmente no es una decisión urgente y siempre es revisable. Con frecuencia, el aplazamiento de la decisión de LET, para buscar más tiempo de comunicación equipo/familia, suele resolver el conflicto.

El equipo médico no está obligado a indicar o mantener terapias fútiles o no beneficiosas para el paciente.

4.5. Aplicación de LET⁴⁰

En la historia clínica deberá quedar constancia de todos los requisitos: la decisión de LET con su fundamento clínico, que se ha tomado por consenso, se ha comunicado a la familia y se han tenido en cuenta las instrucciones previas.

El equipo asistencial debe estar informado de la decisión de LET, qué medidas se limitan y qué medidas se consideran paliativas a no limitar. Las terapias a limitar se retiran gradualmente: inotropos, bajar la fracción inspirada de oxígeno administrado, bajar el volumen de ventilación, extubación, etc., a la vez que se introducen las medidas oportunas para garantizar el máximo nivel de confort del paciente.

Desde la consideración de los principios de la bioética, diversas publicaciones tratan la LET y ayudan con árboles de decisión, algoritmos, protocolos o guías^{3,4,33,34,35,36}.

Aconsejamos al lector visualizar el algoritmo que proponen Ameneiros et al³¹ para la toma de decisiones, dirigido a conseguir la adecuación de las intervenciones clínicas en pacientes con enfermedad avanzada y compleja.

Finalizamos esta publicación con unas preguntas para el lector que esté especialmente interesado en el debate bioético:

¿El equipo médico puede retirar la ventilación asistida a un paciente, que expresa repetidamente el rechazo a este tratamiento, en perfecta capacidad mental para tomar esta decisión? ¿Es legal en nuestro país retirar este soporte vital ventilatorio? ¿Qué requisitos precisa tener en cuenta el equipo asistencial para poder satisfacer los deseos de este paciente? ¿Esto sería LET?

En la publicación del caso de Inmaculada Echevarría podrá encontrar algunas respuestas y más debate⁴¹.

Dr. Miguel León Valles
Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario Arnau de Vilanova
Dra. María Nabal Vicuña
Unidad Funcional de Cuidados Paliativos
Hospital Universitario Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaushal R, Bates DW, Franz C, Soukup JR, Rothschild et al. Costs of adverse events in intensive care units. Crit Care Med 2007; 35: 1-5.
2. Heyland DK, MacDonald S, Keele L, Dro-



ver JW. Total parenteral nutrition in the critically ill patient: a meta-analysis. JAMA 1998; 280: 2013-19.

3. Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Ed. Triacastela / Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid 2004.

4. Ortega S, Cabre L Limitación del esfuerzo terapéutico. Libro electrónico de Medicina Intensiva. <http://intensivos.uninet.edu/03/0303.html>.

5. Mani RK, Mandal AK, Bal S, Javeri Y, Kumar R, Nama DK et al. End-of-life decisions in an Indian intensive care unit. Intensive Care Med 2009; 35:1713-1719.

6. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

7. Vincent JL. Forgoing life support in western European Intensive care units: The results of an ethical questionnaire. Crit Care Med. 1999; 27:1626-1633.

8. Cabré L, Mancebo J, Solsona JF, Saura P, Gich I, Blanch L, Carrasco G, Martín MC and the Bioethics Working Group of the SEMICYUC. Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: the usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. Intensive Care Med (2005). 31:927-933.

9. Sánchez JM. Soporte nutricional especializado en el paciente grave. Aspecto éticos y legales. En: García de Lorenzo A. Soporte nutricional especializado en paciente grave. Medicina Crítica Práctica. EDIKA MED Barce-

lona 2007: 141-148

10. Gómez Rubí JA. Ética en Medicina Crítica. Ed. Triacastela. Madrid 2002.

11. Nourhashémi F, Gillette S, Cantet C, Stilmonkes A, Saffon N, Rougé-Bugat ME, Vellas B, Rolland Y. End-of-life care for persons with advanced Alzheimer disease: design and baseline data from the ALFINE study. J Nutr Health Aging 2012;16(5): 457-61.

12. Cabré L, Casado M, Mancebo J. End-of-life care in Spain: legal framework. Intensive Care Med 2008; 34:2300-2303.

13. Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) y Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

15. Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina: convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. BOE, núm. 251, de 20 de octubre de 1999: p. 36825-36830.

16. Recomendación 1418/1999, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, 25 de junio de 1999 (24ª sesión). Accesible en <http://www.unav.es/cdb/acoe-rec99-1418.html>.

17. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOE, núm. 127, martes 25 de mayo de 2010, sec. I, p. 45646.

18. Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Texto publicado en BON, núm. 65, 4 de abril de 2011.

19. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

20. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida. BOE Núm. 54 Miércoles 4 de marzo de 2015 Sec. I. Pág. 20101

21. Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir. BOIB, núm. 044, 28 de marzo 2015, p. 14329-14344.

22. Ley 5/2015, de 26 de junio, de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. DOG, núm. 133, jueves 16 de julio de 2015, p. 29648.

23. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. BOPV, 14 de julio 2016.

24. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Disponible en: www.cgcom.es/sites/default/files/codigodeontologia_medica.pdf.

25. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Código de Deontología. Disponible en:

www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf.

26. Gracia D. En: Gómez Rubí JA. Ética en Medicina Crítica. Ed. Triacastela. Madrid 2002.

27. Couceiro A. El enfermo terminal y las decisiones al final de la vida. En: Couceiro A, Ética en Cuidados Paliativos. Ed. Triacastela. Madrid 2004, p. 263-304.

28. Cabré L, Solsona JF y Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Med Intensiva 2002; 26: 304-311.

29. Monzón JL, Saralegui I, Abizanda R, et al y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. Med Intensiva 2008; 32: 121-133.

30. Ameneiros-Lago E, et al. Adecuación de las intervenciones clínicas en pacientes con enfermedad avanzada y compleja. Propuesta de algoritmo para la toma de decisiones. Rev Calid Asist. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.calid.2014.12.010>. Disponible en: <https://www.progettoasco.it/pdf/12.15%20Irene%2003%20Paz.con%20malattia%20cr.%20avanzata.pdf>.

31. Barbero J, Romeo C, Gijón P y Júdez J. Limitación del esfuerzo terapéutico. Bioética para clínicos. Med. Clin (Barc) 2001; 117: 586-594.

32. Ortega S. Limitación del esfuerzo terapéutico en el servicio de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel. Tesis doctoral. Zaragoza: Departamento de Medicina y Psiquiatría, Universidad de Zaragoza, 2006.

33. Royes A. Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 391-395.

34. Recomendaciones de la 6ª Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postanoxia en el adulto. Med Intensiva 2003; 27:544-55.

35. Recomendaciones de la 6ª Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postanoxia en el adulto. Med Intensiva 2003; 27:544-55.

36. La resucitación cardiopulmonar en el hospital: recomendaciones 2005 Med Intensiva 2005; 29: 349-356.

37. Falcó-Pegueroles A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. Enferm Intensiva 2009; 20:104-109.

38. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. RevClinEsp 2010;210(8):379-388.

39. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?". An Sist Sanit Navar 2007; 30 (Supl. 3): 129-135.

40. Quality indicators in critically ill patients. <http://www.calidad.semicyc.org/> http://www.esicm.org/PAGE_guidelinesandrecommendations?5sg4.

41. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo I. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. Med Intensiva. 2008;32(9):444-51. En: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0ahUKEwignL_rgbDPahVL2RoKHeixDI4QFghCMAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.medintensiva.org%2Fes%2Fpdf%2FS0210569108757218%2FS300%2F&usq=AFQjCNELCVts6yZqgA07tdkmoj9dodB4kg&sig=2-7l3vdRMD1RbD8soHlurq&bvm=bv.133700528,d.d2s. Fecha de consulta: 26-9-2016.

Avaluació de la somatometria en nadons segons el tipus de lactància

La lactància materna exclusiva, durant almenys els primers 6 mesos de vida i complementada fins als 2 anys o més amb aliments adequats, comporta un òptim desenvolupament del seu potencial, així com la protecció davant d'infeccions diverses, diabetis mellitus, obesitat i altres malalties cròniques de l'adult.

Això va portar a la creació del BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative), que protegeix el dret a decidir amb llibertat la manera d'alimentar els nounats. A partir d'aquí, sorgeix IHAN (Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància), la secció espanyola d'aquest projecte internacional.

Tot això ha fet plantejar-me dos objectius per tal d'aprofundir en la recerca:

Comparar l'evolució de pes, talla i perímetre cefàlic (PC), i, a més, infeccions i tractament al llarg dels 6 primers mesos de vida.

Comparar la prevalença de lactància materna entre un CAP que segueix els passos de la IHAN respecte a un altre CAP que no ho fa.

Material i mètodes

Es va plantejar un estudi prospectiu, observacional, analític i descriptiu, basat en la recollida dels valors de la somatometria (pes, talla i perímetre cefàlic), infeccions i tractaments avaluats en dos CAP, durant els primers 6 mesos de vida dels nadons. Es van seleccionar els nadons nascuts durant el mes de juliol i agost de l'any 2016, que farien els seguiments als CAP Primer de Maig i Onze de Setembre de Lleida.

Es partia de les primeres mesures agafades en el moment del part (dades basals) i es va anar fent el seguiment de les següents mesures als respectius CAP. Finalment, es va obtenir una mostra final de 55 nadons.

Per analitzar les dades de la somatometria s'han utilitzat models de regressió mixta que incorporen l'efecte aleatori de cada nadó, i per analitzar la relació entre les infeccions i els tractaments amb el tipus de lactància s'ha utilitzat la prova de Chi-quadrat.

Resultats i discussió

En la mostra de 55 nadons en estudi, en l'anàlisi de les dades de la somatometria, s'observa que en cap de les tres variables hi ha resultats estadísticament significatius.

Només destaca en l'anàlisi del PC que sí que hi ha resultats estadísticament significatius tant en la lactància mixta

Estudi fet als CAP Primer de Maig i Onze de Setembre de Lleida

Realitzat sobre 55 nadons nascuts a l'estiu del 2016

com en la LF, que superen la LM.

Per visualitzar els resultats de l'evolució de la somatometria durant el seguiment, s'han realitzat uns histogrames que representen el pes, la talla i el PC

finals segons cada tipus de lactància (figures 1, 2 i 3).

Pel que fa als resultats obtinguts quant a les infeccions que han patit els nadons durant els 6 mesos, s'observen menys infeccions en els nadons que consumeixen LM exclusiva, però la diferència no és estadísticament significativa.

En l'anàlisi de l'ús de tractaments, sí que hi ha diferències estadísticament significatives a favor de la LF i mixta (figura 4).

Finalment, per tal d'obtenir el segon objectiu d'aquest estudi s'ha realitzat una corba que representa el percentatge d'individus que realitza LM, segons el CAP al qual pertany. Sorpren la prevalença major de LM al CAP que no infereix tant en els passos de la IHAN (figura 5).

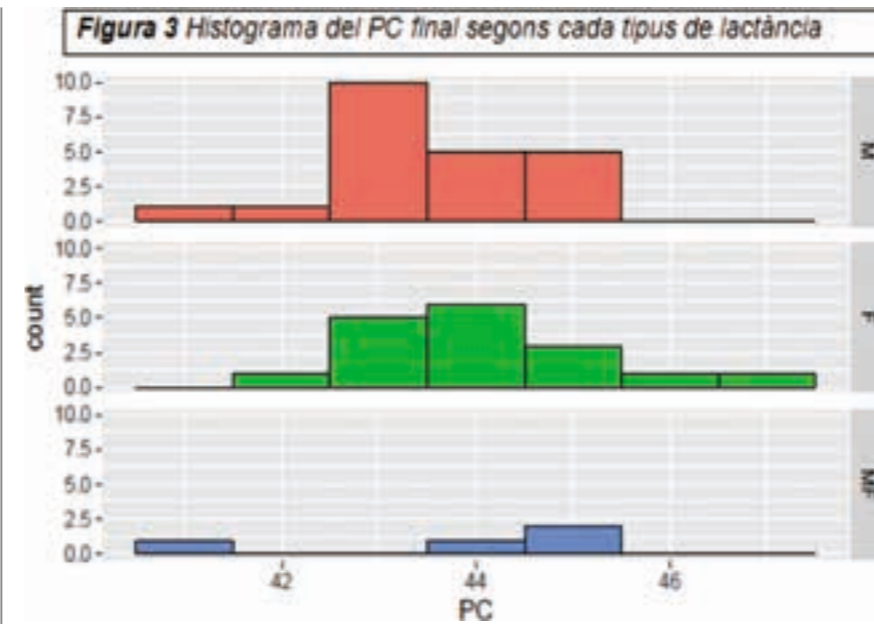
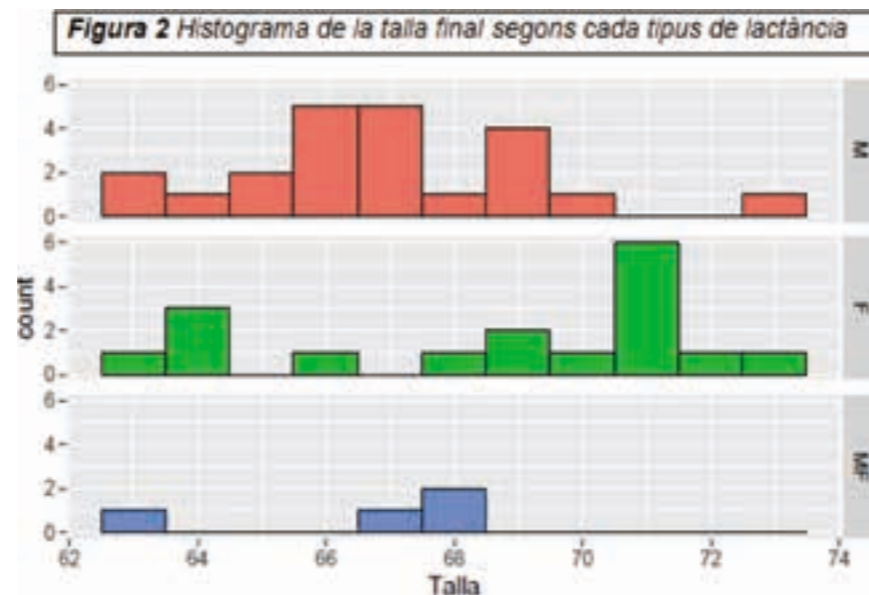
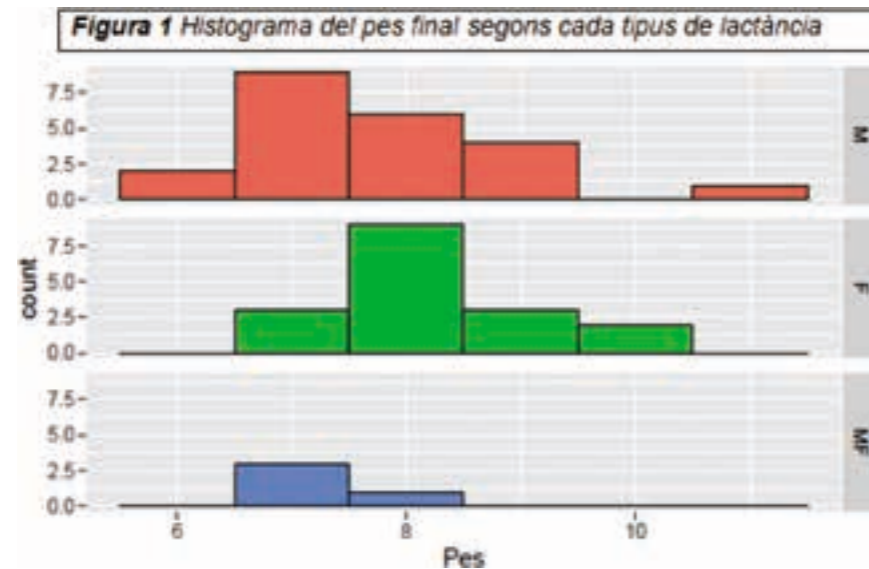


Figura 4 Gràfica dels tractaments administrats durant els 6 primers mesos de vida segons el tipus de lactància

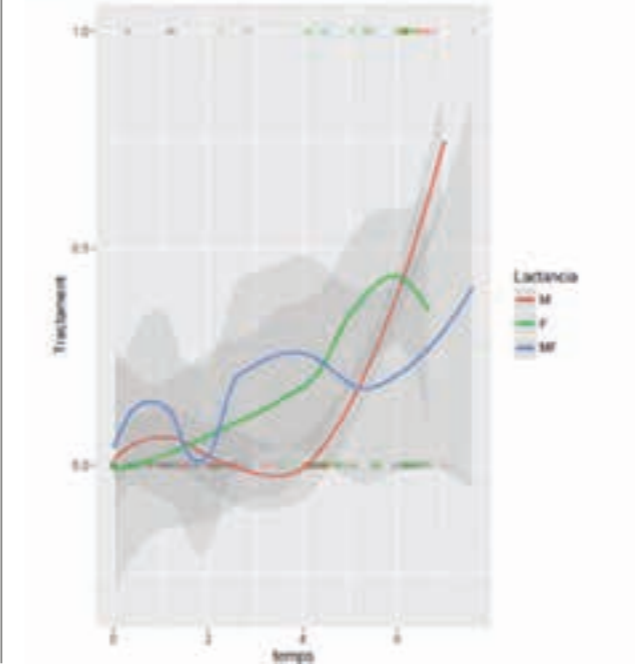
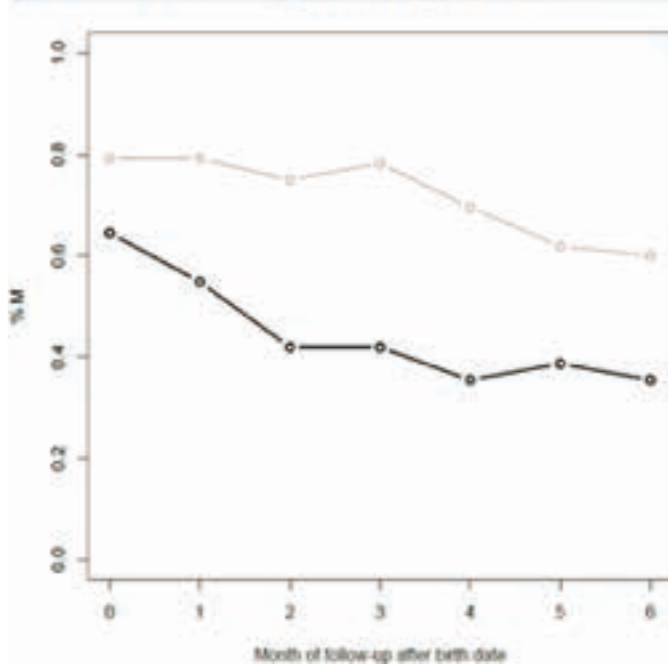


Figura 5 Gràfica que mostra la proporció de LM en el CAP Primer de Maig (negre) i en el CAP Onze de Setembre (gris) al llarg dels 6 mesos



Conclusions

Podem concloure que en avaluar les diferències somatomètriques segons el tipus de lactància que han realitzat, no n'hi ha d'estadísticament significatives que donin suport a un grup o a un altre. A la vegada, en l'avaluació de les infeccions tampoc s'observen resultats estadísticament significatius. Destaca el fet que sí que es troben diferències significatives en l'administració de tractaments en els grups de LF i mixta.

Tot i això, tal com recomana l'OMS, i com s'ha demostrat en altres estudis d'investigació, la LF no té les propietats immunològiques i no proporciona l'oportunitat única de crear un vincle tan especial mare-fill com ho fa la LM.

Cristina Molins Rojas
Estudiant de 6è de Medicina de la Universitat de Lleida



Equipo de voluntarios en la zona rural de Vedanthangal

El trabajo de Laia Foundation en la India: experiencia de un residente del HUAV

Jaume Ortega Alcaide, actual residente de primer año de Cirugía General y Aparato Digestivo en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova (HUAV), fue como voluntario en 2012 a uno de los campos de trabajo que tiene Laia Foundation en Vedanthangal, una zona rural de la India.

Desde entonces, apasionado por el proyecto y por la gente que forma parte de él, tanto trabajadores como beneficiarios, decidió dedicarse a la coordinación de los campos de trabajo (2013-2016): analizar qué actividades eran útiles para realizar, seleccionar a los potenciales voluntarios y coordinar in situ las tareas durante la estancia de voluntariado.

El primer año que fue como voluntario redactó un diario de las experiencias que iba viviendo y de los sentimientos y pensamientos que le acechaban a lo largo de los días en Vedanthangal. Con el objetivo de hacer difusión del proyecto y conseguir financiación para los proyectos en la India, habló con editoriales y consiguió publicarlo e imprimirlo en su diario para ponerlo a la venta. Cada libro tiene un precio total de 12 €, que se destinan íntegramente a los proyectos de la India y están a disposición de quien quiera contactando directamente con él a través de la dirección jaume@laiafoundation.org.

Laia Foundation

Laia Mendoza y Lluís Compte, animados por el éxito de un proyecto de ayuda a las víctimas del tsunami de diciembre de 2004 en la costa de Tamil Nadu (India), iniciaron un proyecto en Vedanthangal en el que la mayoría de los habitantes pertenecen a las castas más necesitadas del país.

Laia perdió la vida en 2005 en un accidente de tráfico. Al poco tiempo, nació la

Ortega redactó un diario de las experiencias que vivía en Vedanthangal

Fundación Laia Mendoza en Cataluña y Laia Foundation en la India para canalizar el apoyo de familiares y amigos de Laia y de mucha gente que se solidarizó con la iniciativa. De este modo, el proyecto se fue expandiendo y consolidando.

La fundación dedica sus esfuerzos a construir un futuro mejor para los habitantes de la zona. Durante 12 años, más de mil estudiantes y cientos de mujeres y niños se han beneficiado de sus proyectos y se han creado 12 escuelas de refuerzo escolar, que actualmente



Actividades infantiles organizadas por Laia Foundation

cuentan con más de 400 estudiantes y unos 20 profesores.

La fundación apoya también las escuelas del gobierno de la zona; ha iniciado programas para apoyar a la mujer tanto en la vertiente financiera, a través de los microcréditos, como en la sanitaria (salud materna e infantil), y se ha experimentado con tecnologías ecológicas de bajo coste (agricultura orgánica, cocinas solares y de biogás, bloques de tierra comprimidos, etc.).

Después de doce años el proyecto va dando frutos. Los estudiantes beneficiados por los proyectos de Laia Foundation consiguen unos conocimientos muy por encima de la media de Tamil Nadu, y el fracaso escolar se ha reducido considerablemente.

En verano se organizan campos de trabajo para voluntarios con una duración de entre 2 y 4 semanas. Durante este período se desarrollan tareas diversas, como pequeñas reformas en los centros de refuerzo, soporte docente y logístico en la guardería del Vedanthangal, actividades lúdico-formativas y soporte en el uso de tablets y nuevas tecnologías en los centros de refuerzo, reportajes audiovisuales de la labor desarrollada en el terreno y atención sanitaria básica.

ENLACES PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN:

1. Reportaje Campo de Trabajo 2015: <https://www.youtube.com/watch?v=pnYHTJS25JE>
2. Reportaje Campo de Trabajo 2014: <https://www.youtube.com/watch?v=wtTBX335rp0>
3. Noticia libro VANAKKAM. Diari d'una estada inoblidable a Vedanthangal: <http://www.laiafoundation.org/noticies.php?noticia=246&tipus=1&anio=2013>
4. Blog Campo de Trabajo Laia Foundation: <http://www.laiafoundation.blogspot.com.es/>
5. Web Laia Foundation: <http://www.laiafoundation.org/>
6. Facebook Laia Foundation: <https://www.facebook.com/laiafoundation.india?fref=ts>
7. Instagram Laia Foundation: @laiafoundation

Colágeno y nutrición

En los últimos años ha habido en los medios de comunicación una intensa y continuada campaña de propaganda para promocionar el colágeno como un producto nutricional con unas características supersaludables. En algunos medios se exponen y argumentan un sinfín de cualidades y acciones nutricionales por las que el colágeno sería un producto casi milagroso, que previene todas las enfermedades habidas y por haber e incluso cura un buen número de procesos patológicos. Anuncios de marcas como Colnatur, Colagen Plus, colágeno con magnesio de Ana María Lajusticia o Bio3 Colágeno Forte se anuncian en diversos medios con regularidad y están presentes de manera destacada en la red.

El objetivo de este escrito es analizar las verdaderas cualidades nutricionales del colágeno, analizar sus implicaciones sobre la salud y discutir si está justificado tomar suplementos o si, en cambio, puede limitarse a la dieta.

¿Qué es el colágeno?

El colágeno es una molécula proteica, una proteína, que forma fibras, las fibras colágenas. Estas se encuentran en todos los animales. Son secretadas por células del tejido conjuntivo como los fibroblastos y otros tipos celulares. Es el componente más abundante de la piel y de los huesos, y en los mamíferos cubre un 25 % de la masa total de proteínas. Es la proteína que más abunda en los organismos vivos, especialmente en los vertebrados, y es la más abundante en el organismo humano. Se corresponde aproximadamente al 7% de nuestra masa corporal. Solo en la piel, en estado seco, representaría el 70% de su peso. En el cartílago, un 67%; en los pulmones, el 10%; en el hígado, el 4% y un porcentaje similar en el resto de tejidos conectivos.

Por otra parte, el colágeno es una de las proteínas que más se ha estudiado por parte de la comunidad científica. Hoy sabemos que es uno de los constituyentes esenciales de los cartílagos, tendones y huesos. Todo el tejido conectivo de nuestro cuerpo está formado por colágeno. Se podría decir que es el adhesivo que utiliza el cuerpo para mantener unidos a todos los elementos que lo conforman: hace posible la unión entre músculos, tendones, ligamentos, huesos, cartílagos, piel, paredes del tubo digestivo, vasos sanguíneos y tejido adiposo, y está presente en la córnea, los dientes, las uñas, el cabello y la placenta. El 99% del total del colágeno que hay en los humanos está presente en los diferentes tejidos conectivos.

Estructura y tipos

Las fibras de colágeno forman estructuras que resisten las fuerzas de tracción. Su diámetro en los diferentes tejidos es muy variable y su organización también; en la piel de los mamíferos están organizadas como cestos de mimbre, lo que permite una resistencia a las tracciones ejercidas desde múltiples direcciones; en los tendones forman haces paralelos que se alinean a lo largo del eje principal de tracción; en el tejido óseo adulto y en la córnea se disponen en láminas delgadas y superpuestas, paralelas entre sí, mientras las fibras forman un ángulo recto con las de las capas adyacentes.

Hoy en día se cree que el colágeno, en lugar de una proteína única, es una familia de moléculas estrechamente relacionadas pero genéticamente distintas. Se describen varios tipos de colágeno. En los organismos vertebrados, se encuentran hasta quince tipos diferentes de colágeno conocidos, aunque hay abiertas varias investigaciones acerca de nuevos tipos. Por ahora se han descrito hasta 20 tipos diferentes, como se muestra en la tabla adjunta. El colágeno

de nuestra piel es idéntico al colágeno de los huesos, ambos del tipo I, que es el más abundante en el ser humano.

Propiedades físico-químicas y funciones

Las fibras colágenas son flexibles, pero ofrecen gran resistencia a la tracción. El punto de rotura de las fibras colágenas de los tendones humanos se alcanza con una fuerza de varios cientos de kilogramos por centímetro cuadrado. A esta tensión solamente se alarga un pequeño porcentaje de su longitud original.

Es un elemento esencial para la elasticidad y la flexibilidad de los órganos y para la integridad de las estructuras. La fibra de colágeno se mezcla con facilidad con una amplia gama de sustancias y minerales, lo que produce notables efectos en la arquitectura tisular.

Como ejemplo, en la estructura de la piel, el colágeno y la elastina forman una red. En los huesos se mezcla con cristales de calcio, lo que proporciona una estructura rígida. En los cartílagos, se combina con la elastina y la matriz extracelular (fibras colágenas y fibras elásticas) y crea un gel que absorbe los impactos entre las articulaciones y da resistencia en la compresión, etc.

De los 20 a los 30 años, se pierde »»

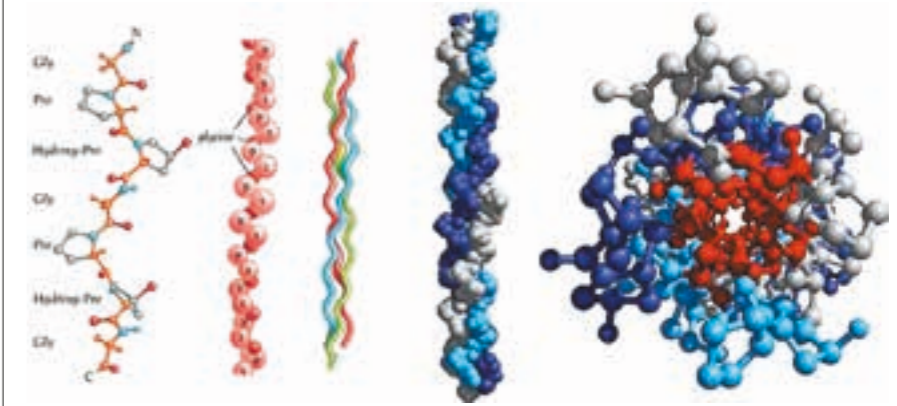


Figura 1. Estructura del colágeno

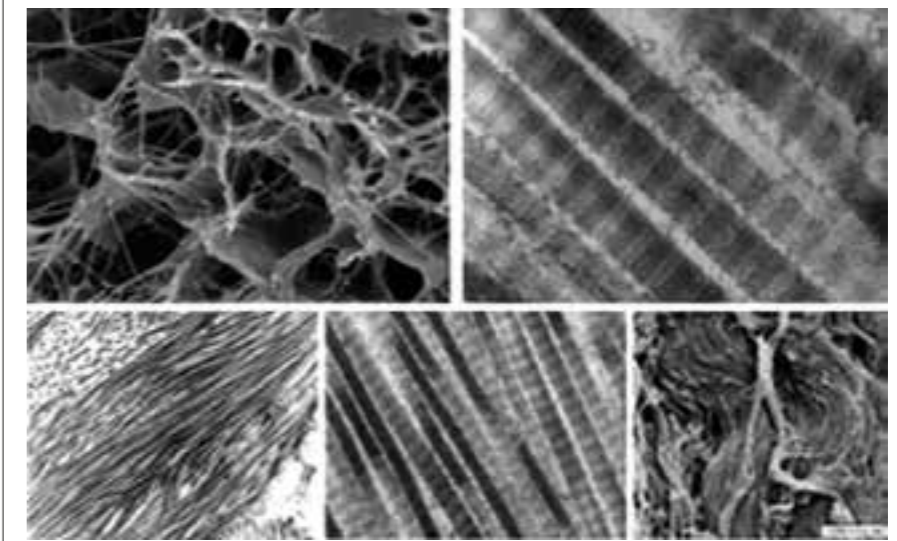


Figura 2. Aspecto microscópico de diferentes tipos de colágeno

aproximadamente un 1,5% de colágeno por año de edad. Esto se acelera sensiblemente a partir de los 45 años, y a partir de los 60 se llega a sufrir una reducción del 35% a partir de los 60 años. En gran parte, se responsabiliza, a este hecho del envejecimiento (con pérdida de elasticidad y tersura en la piel), de la caída del cabello, del deterioro de las uñas; de dolores articulares y musculares; de deterioro de la vista, de deficiencias circulatorias y linfáticas, del deterioro de la dentadura y las encías, etc.

Composición

El colágeno está compuesto por cadenas de aminoácidos en los que abundan especialmente la prolina, la lisina y la glicina, fundamentales en la formación de la superhélice (figura 1). La hidroxiprolina constituye alrededor de un 10-12 % de todos los residuos de aminoácidos del colágeno.

La fase previa a la formación de colágeno es intracelular: series de tres aminoácidos se ensamblan en tándem formando cadenas de polipéptidos, llamadas cadenas, unidas entre sí a través de puentes de hidrógeno intramoleculares. Cada una de las cadenas polipeptídicas son sintetizadas por los ribosomas unidos a la membrana del retículo endoplásmico y luego son trasladadas al lumen del mismo en forma de grandes precursores (procadenas), y presentan aminoácidos adicionales en los extremos amino y carboxilo terminales.

Enfermedades por déficit de colágeno

Síndrome de Ehlers-Danlos. Se trata de un grupo de al menos 10 enfermedades que tienen en común síntomas de debilidad estructural en el tejido conjuntivo, relacionados con fragilidad e hiperextensibilidad de la piel y con la hipermovilidad en las articulaciones.

Osteogénesis imperfecta. Es un grupo de cuatro enfermedades que se caracterizan por fracturas múltiples que dan lugar a deformaciones óseas.

Escorbuto. El escorbuto es una avitaminosis causada por un déficit de vitamina C (ácido ascórbico) en la dieta que provoca una disminución en la síntesis de hidroxiprolina debido a que la proil hidroxilasa requiere ácido ascórbico. La hidroxiprolina proporciona átomos adicionales capaces de formar puentes de hidrógeno que estabilizan la triple hélice de colágeno.

Síndrome del cuerno occipital o cutis laxa. Una deficiencia en la actividad de la lisil oxidasa da lugar a defectos en la formación de enlaces cruzados, lo que origina una piel laxa y blanda, y la aparición durante la adolescencia de cuernos occipitales óseos.

Distrofia muscular congénita de Ullrich.

Ingerir mucho colágeno en la dieta no implica mayor formación de colágeno en el organismo

Hemos de intentar suministrar al organismo los nutrientes que necesita

Enfermedad congénita grave que provoca debilidad muscular por déficit del colágeno VI.

Utilidad en nutrición

Desde el punto de vista nutricional, ¿es útil la ingesta de colágeno en nuestra dieta? ¿Debe contemplarse como suplemento nutricional para prevenir y tratar enfermedades? La argumentación de la propaganda de los productos que contienen colágeno es que con la edad disminuye el contenido de colágeno de nuestro organismo, cosa que es cierta, lo que favorece el envejecimiento, con pérdida de elasticidad y tersura en la piel, la caída del cabellos y uñas; dolores articulares y musculares; deterioro de la vista, deficiencias circulatorias y linfáticas, deterioro de la dentadura y las encías, etc. Por lo tanto, parece lógico que se recomiende un aporte mayor de este compuesto en la dieta. Así, se recomienda la toma de colágeno para mejorar el tejido conectivo, articular y óseo. Para mejorar la calidad de las uñas y el cabello. Para prevenir el envejecimiento, la laxitud cutánea y mejorar la calidad de la piel. Y para ayudar a tratar enfermedades como la artrosis, la artritis y la osteoporosis. En algunos prospectos se indica como tratamiento para la artrosis, artritis, artritis reumatoide, la osteoartritis, la espondilitis anquilosante, tendinitis y bursitis, fibromialgia, osteoporosis, rotura de ligamentos, caída del cabello y uñas frágiles, etc.

Pero, ¿cuál es la realidad nutricional? Vayamos por partes. Cuando se ingiere colágeno (no olvidemos que es una proteína compuesta por largas cadenas de aminoácidos), como proteína que es no puede absorberse como tal y pasar a la sangre y luego utilizarse en los órganos. Como todas las proteínas, en el tubo digestivo tiene que hidrolizarse, por acción de los enzimas proteolíticos, hasta convertirse en aminoácidos simples. En el caso del colágeno, como hemos visto, básicamente prolina, lisina

y glicina y así se absorben, pasan a nuestra sangre y se utilizan. Por tanto, el colágeno no se absorbe como tal, no pasa a nuestra sangre, solo lo hacen los aminoácidos de que está formado.

¿Y qué les pasa a estos aminoácidos, una vez que han sido absorbidos y pasan a la sangre? Como todos los aminoácidos procedentes de las proteínas de la dieta son distribuidos por los diferentes órganos de nuestro cuerpo, se integran en los diferentes pools de cada compartimento y se destinan a la síntesis proteica (alrededor del 80%) o se oxidan para producir energía (alrededor de un 20%). La síntesis proteica, es decir, la formación de nuevas proteínas es el destino mayoritario de los aminoácidos resultantes de las proteínas que ingerimos en la dieta. ¿Qué proteínas se sintetizan? Todas las que el organismo necesita en cada órgano y en cada compartimento y en cada momento. Pero la síntesis proteica está programada genéticamente y solo puede modularse con el mayor o menor grado de ejercicio físico. La ingesta proteica externa no puede modular la síntesis proteica interna.

En consecuencia, ingerir mucho colágeno en la dieta no implica necesaria y obligatoriamente mayor formación de colágeno en nuestro organismo, igual que ingerir mucha carne (fibras musculares) no implica necesaria y obligatoriamente aumentar nuestra masa muscular.

Por tanto, ingerir colágeno solo sirve para aportarnos una cierta cantidad de unos pocos aminoácidos. Qué se hace, después, con estos aminoácidos es una cuestión propia del organismo. Que se forme o no colágeno no depende de lo que ingerimos. Aumentar el consumo de colágeno a partir de los alimentos en la dieta o bien a partir de suplementos nutricionales de colágeno no supondrá aumentar el nivel del colágeno de nuestro organismo.

Entonces, ¿qué podemos hacer? Pues, lo que siempre: con nuestra dieta hemos de intentar suministrar al organismo los nutrientes que necesita, en cantidad y calidad, para que el metabolismo funcione en óptimas condiciones. Por lo que respecta a las proteínas, necesitamos una cierta cantidad (alrededor de 1-1,2 g/kg/día en condiciones normales). Dietas con demasiado aporte proteico (dietas hiperproteicas) en situaciones normales no aportan ningún beneficio nutricional y sin muchos inconvenientes. Igualmente las dietas hipoproteicas no aportan beneficios y sí muchos problemas secundarios.

¿Qué tipos de proteínas hemos de preferir en nuestra dieta? La mejor fuente de proteínas es una mezcla de proteínas tanto de origen vegetal (cereales, legumbres, frutos secos; todos ellos contienen proteínas llamadas de bajo valor biológico, es decir, pobres en aminoácidos esenciales), como de

Tabla 1. Tipos de colágeno

TIPO	LOCALIZACIÓN	FORMA	SECRECIÓN	FUNCIÓN
Tipo I	Dermis, hueso, tendón, dentina y córnea	Fibrillas estriadas de 20 a 100 nm	Fibroblastos, condroblastos y osteoblastos	Resistencia al estiramiento
Tipo II	Cartílago, notocorda, humor vítreo	Fibrillas finas de 10 a 20	Condroblastos	Resistencia a la presión intermitente
Tipo III	Paredes de los vasos sanguíneos, dermis y estroma de varias glándulas	Fibras de 50 nm, tradicionalmente fibras reticulares	Células del músculo liso, fibroblastos y glía	Sostén de los órganos expandibles
Tipo IV	Lámina basal que subyace a los epitelios	Fieltro de moléculas asociadas a proteoglicanos y las proteínas laminina y fibronectina	Células epiteliales y endoteliales	Sostén y filtración
Tipo V	Tejido intersticial	Se asocia con el tipo I		
Tipo VI	Tejido intersticial	Anclaje de las células en su entorno. Se asocia con el tipo I		
Tipo VII	Lámina basal.			
Tipo VIII	Algunas células endoteliales			
Tipo IX	Cartílago articular maduro	Interactúa con el tipo II		
Tipo X	Cartílago hipertrofico y mineralizado			
Tipo XI	Cartílago	Interactúa con los tipos II y IX		
Tipo XII	Tendones y ligamentos	Interactúa con los tipos I y III		
Tipo XIII	Membrana celular	Interactúa con los tipos I y III		
Tipo XIV	Placenta y médula ósea			
Tipo XV	Mesénquima			
Tipo XVI	Fibroblastos y células musculares lisas arteriales			
Tipo XVII	Colágeno de transmembrana			
Tipo XVIII	Membranas basales, epiteliales y vasculares			
Tipo XIX	Fibroblastos e hígado			
Tipo XX	Córnea, cartílago esternal y tendones			
Tipo XXI	Encías, músculo cardíaco y esquelético	Fibrillas de colágeno tipo I		

origen animal (carnes, pescado, huevos y lácteos, todos ellos con proteínas de elevado valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales). La razón de esto es que las diferentes proteínas de estos alimentos tienen distintas proporciones de aminoácidos. No todas las proteínas son iguales y casi ninguna contiene todos los aminoáci-

dos ni la proporción adecuada de ello. Por ejemplo, el colágeno solo contiene buena cantidad de tres aminoácidos: prolina, lisina y glicina, y solo la lisina es un aminoácido esencial. Por tanto, le faltan 7 aminoácidos esenciales y 12 no esenciales. Una dieta adecuada sería aquella que nos proporciona todos los aminoácidos y en la que la

proporción aminoácidos esenciales/no esenciales se acerque a una relación 3/2. Esto se suele conseguir fácilmente haciendo una dieta variada en cuanto a las fuentes de los alimentos citados anteriormente. Dietas muy ricas en un solo tipo de proteína suelen ser dietas deficientes y poco saludables.

El colágeno en la dieta

En nuestra dieta habitual el colágeno está presente en una cierta proporción; la casi totalidad de carnes (pollo, cerdo, pavo, venado, vaca, cabra, bisonete, caballo, buey) son ricas en colágeno y también lo es el pescado. Alimentos especialmente ricos en colágeno son las patas del cerdo o la piel de ternera.

Cuando se desnaturaliza por ebullición y se deja enfriar, manteniéndose en una solución acuosa, se convierte en una sustancia muy conocida, la gelatina.

Los preparados específicos de colágeno se usan como suplementos. Normalmente se usan en forma hidrolizada y preferiblemente de origen marino. La hidrolización consiste en fraccionar las proteínas en péptidos más pequeños. Es frecuente que los preparados con colágeno, se presenten también con magnesio. Se argumenta que el magnesio es un elemento que participa muy activamente en la formación de todas las proteínas del organismo.

Algunas informaciones apuntan que varios alimentos pueden estimular la producción interna de colágeno de forma natural, como las verduras y algunas frutas con un alto contenido de vitamina C. También se describe que otras fuentes de proteínas (lácteos, huevos, frutos secos, etc.) pueden estimular la producción de colágeno.

*Dr. Ángel Rodríguez Pozo
Profesor de Universidad de Lleida*

BIBLIOGRAFÍA

Pilat A. Inducción miofascial. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, 2003. ISBN 9788448605599.
 Devlin, T. M. 2004. Bioquímica, 4ª edición. Reverté, Barcelona. ISBN 84-291-7208-4.
 Eymard B. Distrofia muscular congénita de Ullrich. Orphanet, 2008. Disponible en: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=ES&Expert=75840.
 PDB Community Focus: Julian Voss-Andreae, Protein Sculptor. Protein Data Bank Newsletter (32). Winter de 2007.
 Ward, B. «Unraveling Collagen' structure to be installed in Orange Memorial Park Sculpture Garden». Expert Rev. Proteomics, 2006. 3 (2) (2): 174. doi:10.1586/14789450.3.2.169.
 Voss-Andreae J. "Seeing Below the Surface" in Seed Magazine. Interview.
<https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Colágeno&oldid=90601588>.
<https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4136/Genetica.html>.
http://www.actadontologica.com/ediciones/1998/1/enfermedades_asociadas_disfunciones_delcolageno.asp.

Nous conceptes en la relació metge-pacient

Sobrediagnòstic, sobretractament, desprescripció i prevenció quaternària

La vocació dels professionals de la salut sempre ha anat orientada a millorar la qualitat de vida dels malalts, acompanyar-los i, si és possible, curar-los. Hipòcrates va emprar la frase “primum non nocere” per establir una de les prioritats dels metges. Sobretot, abans que res, cal evitar el mal del malalt, fonament sobre el qual s’han desenvolupat els principis de beneficència i no maleficència de la bioètica moderna.

Durant el segle XX, el Dr. Broggi reflexionava sobre la finalitat de la medicina: “la medicina cura algun cop, alleuja en moltes ocasions i seria necessari que sempre consolés el malalt”.

El desenvolupament de la medicina al llarg del segle XX i principis del XXI ha fet que el vessant més humanista de la nostra professió hagi quedat eclipsat per grans procediments tècnics, tractaments innovadors i proves complementàries d’última generació. Avenços que han permès augmentar l’esperança de vida de les persones i que, sens dubte, han aportat un gran benefici a la salut de la població.

Els nous procediments mèdics i avenços tecnològics van generalment associats a una major despesa sanitària, però no sempre a un augment de l’esperança de vida. De fet, com mostren unes dades publicades per l’OECD l’any 2010, per molt que s’incrementi la despesa en salut per càpita, arriba un punt en què ja no augmenta l’esperança de vida. Mentre que els canadencs, amb una despesa anual d’uns 4.000 dòlars per persona, tenen una esperança de vida de 81 anys, la població dels Estats Units, amb una despesa anual de més de 7.500 euros per càpita en qüestions de salut, no arriba als 78 anys. Per tant, amb gairebé el doble de despesa sanitària no hi ha una millora objectiva en la salut de la població.

En la situació d’estabilitat en què ens trobem actualment, amb una població cada cop més envellida, amb múltiples diagnòstics i amb patologies greus que hem aconseguit convertir en cròniques, cada cop sorgeixen més veus que, sense renunciar a l’aspecte tecnològic, demanen recuperar el tractament més humà dels metges.

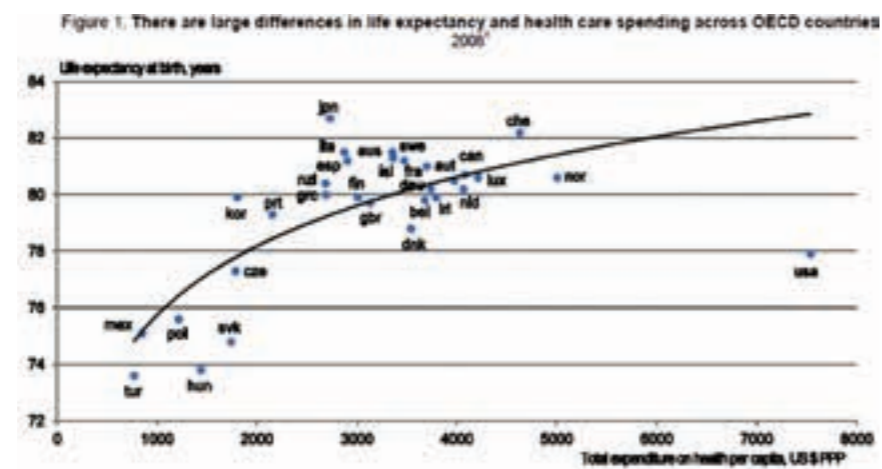
Paral·lelament a aquest progrés tècnic necessari, s’han desenvolupat

nous conceptes en la relació entre els professionals sanitaris i la població.

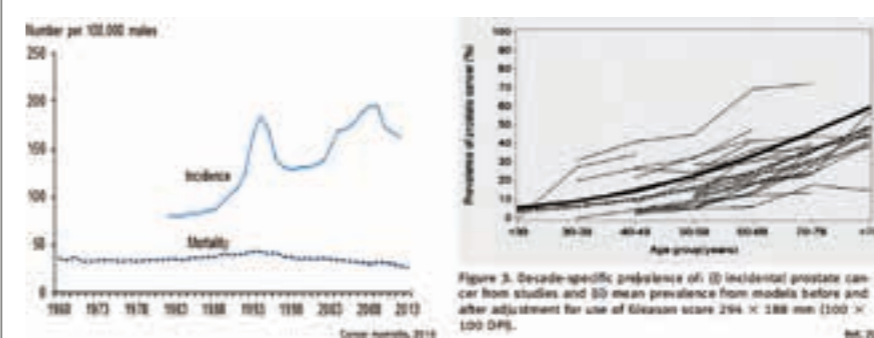
El primer, i potser el més desenvolupat, és el de sobrediagnòstic. Aquest concepte, desenvolupat a finals dels anys cinquanta però amb una major difusió en els últims 15 anys, fa referència al diagnòstic d’una malaltia que no ocasionarà símptomes al llarg de la vida del pacient. El Dr. Gilbert Welch va publicar el 2012 el llibre *Overdiagnosed*, en què alertava de la tendència a convertir en malalts els ciutadans en pro de mantenir la seva salut. Va ser un gran revulsiu i va desenvolupar molts conceptes vinculats al sobrediagnòstic.

A finals del segle XX van aparèixer múltiples malalties que, en la majoria dels casos, no tenen una base orgànica, i que —també en la majoria dels casos— el que requereixen és acceptar l’envelliment natural de les persones i assumir l’impacte que el benestar psíquic té en el funcionament del cos humà. Hem convertit en malalties situacions fisiològiques com la menopausa femenina, durant la qual les pacients inverteixen diners en fàrmacs i complementos que no s’ha demostrat que tinguin un benefici clínic.

Un altre exemple és el cribatge de determinades neoplàsies que no tenen evidència científica, o la promoció de lliars diagnòstics cada cop més baixos amb la finalitat d’iniciar com més aviat millor un tractament farmacològic o un suplement dietètic que es pot adquirir en un supermercat. I, molts cops, aquest tractament, lluny d’acon-



1. Or latest year available. Source: OECD Health Data 2010.



Hem convertit en malalties situacions fisiològiques com la menopàusia femenina

seguir un efecte beneficiós, genera complicacions. Davant la multitud de situacions com aquestes, el British Medical Journal va crear una pàgina web anomenada *Too Much Medicine* amb l’objectiu de prevenir el sobrediagnòstic en les consultes dels professionals sanitaris (<http://www.bmj.com/too-much-medicine>).

Un dels exemples més comentats és el càncer de pròstata. Una publicació del 2016 mostrava que, tot i l’augment de la incidència del càncer de pròstata, no ha augmentat la mortalitat que hi està associada. El 1988 hi havia una incidència d’uns 75 casos/100.000 homes, mentre que el 2013 parlàvem de 160 casos/100.000 homes. Tot i això, la mortalitat entre el 1988 i el

2013 no ha variat, i es manté en menys de 40/100.000 homes.

A Catalunya existeix el projecte ESSENCIAL promogut pel Departament de Salut amb l'objectiu d'evitar la realització de pràctiques clíniques que no aportin valor als ciutadans i facilitar el màxim d'informació possible per als pacients que en requereixin. Alguns exemples d'aquestes recomanacions són el tractament de la hiperuricèmia asimptomàtica o la realització de radiografies de crani en nens menors de 2 anys en TCE lleus.

Vinculat directament amb el sobre-diagnòstic, sorgeix el concepte de sobretractament. El 2007, Shannon Brownlee publica un llibre a propòsit del sobretractament en què explica les raons per les quals, tot i tenir més fàrmacs, estem més malalts i som més pobres. El sobretractament es defineix com el grup de tractaments innecessaris que pot prescriure un professional sanitari, tractaments i procediments mèdics realitzats sobre una malaltia que no causarà símptomes i que generalment desapareixerà per si sola.

Nombroses institucions sanitàries i publicacions alerten del perill del sobretractament en determinades patologies cardíaques o respiratòries. Un dels casos més comentats recentment està relacionat amb la presa de l'omeprazole. Un fàrmac amb unes indicacions clares i que la població pren com a tractament d'indigestions, per prevenir una patologia digestiva, quan no cal fer-ho. A més, el consum continuat d'aquest fàrmac pot suposar complicacions.

L'acarnissament terapèutic és un dels exemples més clars de sobretractament i el que planteja un dilema ètic més important. És necessari l'ús de tractaments que no tenen cap altre sentit que allargar la vida biològica del pacient? Molts cops es prescriuen tractaments amb evidència científica però que no tenen en compte la situació del pacient. Alguns exemples són els tractaments anticoagulants en pacients amb edat molt avançada o que pateixen un deteriorament cognoscitiu sever. La indicació científica probablement existeix, però, aporta cap millora a la qualitat de vida del malalt?

En aquest punt sorgeix el tercer concepte, la desprescripció. Aquest concepte és molt ampli i pot tenir diferents matisos.

Generalment, es defineix com l'aturada d'un tractament mèdic sota supervisió d'un professional i sempre d'acord amb el pacient i/o la seva família. Un estudi realitzat el 2011 a atenció primària va mostrar que, en població ambulatoria per sobre dels 65 anys, el consum crònic mitjà de medicaments oscil·la entre els 7 i els 13 fàrmacs. Davant d'aquesta realitat, els serveis de salut realitzen formació i desenvolupen iniciatives que permetin retirar

El sobretractament és el grup de tractaments innecessari que pot prescriure un professional És fonamental potenciar la comunicació empàtica i el respecte per la incertesa

aquells fàrmacs que no són necessaris per als pacients. El servei bàsic de salut ha elaborat una guia molt útil per realitzar desprescripció farmacèutica, i el Departament de Salut, a la seva web d'atenció primària, encoratja els metges de família a desprescriure basant-se en l'evidència i amb rigor científic.

Les conseqüències de la desprescripció van més enllà del benefici clínic (per exemple, efectes adversos, millora de l'adherència al tractament o més risc d'hospitalització), ja que suposa un benefici econòmic i ètic. Econòmic, perquè redueix la despesa de farmàcia tant dels pacients com del sistema públic, i ètic, perquè evita tractaments que no aporten benefici, que poden produir mal i que consumeixen una despesa pública que es pot repartir d'una forma més justa.

Davant del desenvolupament d'aquests conceptes, ha sorgit un moviment de professionals que promou la prevenció quaternària.

Un dels seus màxims representats és el Dr. Gervás, que ha publicat diferents llibres i articles en què reivindica l'apoderament dels pacients en la gestió de la seva salut.

Entenem la prevenció quaternària com el conjunt d'activitats sanitàries que eviten o atenuen les conseqüències de les intervencions innecessàries o excessives del sistema sanitari. Permet identificar aquells pacients amb més risc de sobremedicació i suggerir-los intervencions èticament acceptables.

- La prevenció quaternària està orientada a 4 grans àrees:
- Evitar els abusos en la prevenció de les malalties (sobrediagnòstic) que no generen cap perjudici al pacient.
- Disminuir els excessos en l'ús de proves complementàries, no pel mal que poden fer, sinó per les cascades diagnòstiques —i a vegades terapèutiques— innecessàries que generen.

- Evitar els excessos en rehabilitació que no aporten benefici clínic.
- Finalment, evitar l'excés de tractaments i utilitzar-los de forma segura i amb una visió global del pacient. Si apliquem de forma acrítica les guies clíniques a una pacient de 79 anys hipertensa, diabètica, MPOC i amb artrosi, pot acabar prenent 12 medicaments diaris.

Els professionals que promouen la prevenció quaternària ho fan sobre la base de l'ètica de la incertesa. Realitzar prevenció quaternària, ja sigui des de la consulta d'atenció primària o des de l'hospital, és canviar la por pel benestar de saber que el que és realment important per a molts pacients és la qualitat de vida. La prevenció quaternària és l'ètica de la negativa a determinades proves complementàries i tractaments fútils i l'ètica de compartir la ignorància amb els companys i amb els pacients.

Per això és fonamental potenciar qüestions ètiques clau, com la comunicació empàtica i el respecte per la incertesa. Hem de ser capaços de reconèixer l'error quan hi és, respondre davant del mal quan ja està fet i intentar solucionar-lo dins del context clínic.

Davant de conceptes nous, pacients complexos i una societat molt demanant, calen noves formes de fer. Com diu Gervás, no hi ha cap intervenció sanitària sense riscos (per molts beneficis que porti). Per tant, el millor que podem fer com a professionals sanitaris és actuar sempre amb prudència i rigor.

Dr. Oriol Yuguero
Servei d'Urgències de l'Hospital
Universitari Arnau de Vilanova
Professor associat de Bioètica a la UdL

REFERÈNCIES I ENLLAÇOS D'INTERÈS.

OECD Health Stats. 2010. www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

3 clics. Atención Primaria basada en la evidencia. <http://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&id=612&lang=CAS>
Blog de Prescripció Prudente. <https://prescripcionprudente.wordpress.com/>

Gervás J, Pérez-Fernández M. Sano y Salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). 2013

Gervás J, Pérez-Fernández M. La expropiación de la salud. 2015

Avances en prevención quaternaria. http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994

Gavilan E. Polimedicación y salud: estrategias para la adecuación terapéutica. 2011.

Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS one*. 2012;7(8):e43617. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0043617>

Projecte Essencial. <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/>



Medical miracle and a moral burden of a small committee
They Decide Who Lives, Who Dies

Funcions dels comitès d'ètica assistencial

La revista americana *Life* va publicar el 1962 un article amb el títol *Ells decideixen qui viu, i qui mor: un miracle mèdic i càrrega moral per a un petit comitè*, que abordava un tema nou i força polèmic: la creació d'un comitè de persones per decidir qui podia accedir a una nova tecnologia mèdica (hemodiàlisi) i qui no.

Tal com diu el titular, un "miracle mèdic" com una nova tecnologia que permetia el tractament d'una patologia que fins aquell moment era mortal, representava una "càrrega moral" pel temps de l'origen d'aquesta tècnica, hi havia molt poques màquines i els pacients que es podrien beneficiar del tractament excedien la disponibilitat. Calia, doncs, decidir qui moriria per insuficiència renal i qui podria beneficiar-se del tractament amb diàlisi, en un moment de recursos limitats, en què no hi havia prou màquines de diàlisi per a tothom.

El comitè aportava una altra novetat: estava format per professionals sanitaris (metges i infermeres), però per primer cop s'incorporava a la discussió un grup de persones alienes al sistema sanitari, com un advocat, un sacerdot, un funcionari, un banquer, un representant sindical i una mestressa de casa. Aquest fet representa un dels grans reptes de la bioètica actual, en què es reconeix que les decisions sanitàries deixen de ser merament tècniques i professionals, ja que porten incorporades una càrrega de valors.

Les decisions sanitàries deixen de ser merament tècniques i incorporen valors

De la mà del professor Joan Viñas, Lleida ha estat pionera en els estudis com en els CEA

No hi ha decisions purament sanitàries, no hi ha fets sense valors. I per poder abordar els valors, cal saber-los reconèixer i tractar-los, i és necessària la pluralitat.

Han passat més de 50 anys des d'aleshores, i des d'aquell moment tant la medicina com la bioètica han tingut un avenç impressionant. Però podem afirmar que l'essència d'aquell comitè és encara viva en l'actualitat. En una petita part del món, com ara el nostre país, no hem de plantejar-nos per sort el dilema de la diàlisi, però sí molts altres.

La segona dècada del segle XXI els

metges afrontem cada dia múltiples decisions amb components ètics, i algunes ens plantegen dilemes força complicats. La pràctica professional ha esdevingut, per tant, més complexa: ha augmentat la complexitat dels abordatges, tant diagnòstics com terapèutics, la relació amb els pacients i les seves famílies, el sistema en què desenvolupem la nostra activitat i, en general, ha incrementat la complexitat de la societat en què vivim.

Com en altres aspectes de la medicina, es necessita formació contínua, protocols i decisions compartides per poder donar resposta a aquest entorn de major complexitat. Aquestes són precisament les funcions dels CEA en l'actualitat.

Els comitès d'ètica estan regulats a Catalunya per una ordre d'acreditació, (ordre del 14 de novembre de 1993), que regula la composició i les funcions d'aquests comitès. Es tracta de comitès consultius i multidisciplinaris que neixen amb la vocació d'ajudar els professionals quan es troben amb dilemes ètics derivats de la seva pràctica assistencial.

Concretament, les funcions dels CEA són:

- Assessorar èticament en decisions puntuals, clíniques i sanitàries.
- Formular orientacions i protocols comuns d'actuació en situacions clíniques i sanitàries habituals que puguin plantejar problemes ètics.
- Organitzar programes, cursos i qualsevol altra activitat formativa en l'àmbit de la bioètica.

Lleida, de la mà del professor Joan Viñas, ha estat pionera en l'àmbit de la bioètica, tant en l'àmbit dels estudis de pregrau com en la creació del comitè d'ètica assistencial. Així, el CEA de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, creat oficialment el 1995, és un dels més antics de Catalunya, i més endavant ha inclòs també l'Hospital Universitari de Santa Maria. En l'actualitat, tots els centres sanitaris han de tenir un CEA de referència, de manera que davant de qualsevol dubte ètic els professionals sanitaris, i també els usuaris, puguin consultar-lo.

Per a qualsevol consulta, podeu contactar amb: cea_arnau.lleida.ics@gencat.cat. Des d'allí se us orientarà en el dubte o dilema que tingueu, i en cas que el CEA de l'Arnau no sigui el vostre de referència, se us indicarà on heu de consultar.

Dr. Josep Pifarré
i Dra. Montse Esquerda

Des d'aquest link teniu accés a aquest número de la revista *Life* (p. 102 i posteriors) https://books.google.es/books?id=qUoEAAAAMBAJ&printsec=frontcover&hl=ca&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Vol convertir els seus estalvis en la millor assegurança?



Amb l'Assegurança Estalvi Inversió tindrà en tres anys un interès anual garantit del 1,7%* brut fins a venciment de contracte.

Som la seva mutualitat

De metge a metge, esculli **Mutual Mèdica**.

* En cas de rescatar abans de venciment, el tipus d'interès tècnic anual garantit serà de l'1%
Data de venciment de contracte: 31/12/2020



www.mutualmedica.com
infomutual@mutualmedica.com · 901 215 216



MutualMèdica

la mutualitat dels metges