

BUTLLETÍ MEDIC

Col·legi Oficial
de Metges de Lleida



Número 129 · Desembre del 2018

Debat sobre el part a domicili



**Activitats del
Col·legi de
Metges de
Lleida per al curs
2018/2019**

**Convocat el
Premi a la
Solidaritat en
l'Àmbit Sanitari
del COMLL**

**Cervera
desenvolupa
el projecte
comunitari
"COMSalut"**



Assegurança
de serveis
complets des de
46,59 €/mes*

La teva salut és el més important per a nosaltres.

25 anys treballant amb les companyies líders per oferir-te la millor assegurança de salut.

FIATC

agrupació
Assurances du Crédit Mutuel

DKV
Salud y seguros médicos

asefa
salud

AXA

MÚTUA
General de Catalunya

Demana més informació sense compromís

* Exemple calculat entre les diverses ofertes asseguradores del mercat. Prima neta de 2018 per assegurat de 0 a 65 anys d'edat amb un mínim de dos assegurats. Subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia.

Informa't ara

Rambla d'Aragó, 14, Pral.
Lleida

900 10 47 22 @ medicorasse@med.es

Vaga per defensar una salut pública amb el finançament adequat

Els portaveus de Sanitat dels diferents governs de la Generalitat de Catalunya han coincidit a valorar sempre que l'Atenció Primària (AP) és l'eix vertebrador del nostre sistema sanitari. Malauradament, però, ni s'han aprovat ni s'han posat en marxa mesures tècniques que confirmin aquesta afirmació.

La realitat és que amb les retallades pressupostàries els diferents executius no han cobert les vacants per la jubilació dels titulars a la Primària. Per aquest motiu, l'AP ha perdut 900 places de professionals des dels darrers 10 anys. A més, l'envelliment de la població ha suposat, entre altres causes, una sobrecàrrega de treball xifrada en un 20%. La percepció i la conseqüent angúnia de no tenir temps per fer la feina amb garanties ha arrelat en la professió mèdica. Per acabar-ho d'adobar, s'estima que s'ha produït una erosió salarial del 30%.

Veiem algunes dades comparatives del nostre entorn: els països de la Unió Europea dediquen de mitjana un 7,3% del PIB a la sanitat i l'Estat espanyol hi aporta un 6,3%, mentre que Catalunya hi destina un 3,7%, segons l'Idescat i l'OCDE. És a dir, el servei públic sanitari català està infrafinçat i perilla la qualitat de l'assistència a la ciutadania. A més, les diferències de finançament amb les regions i els països veïns provoquen un efecte crida, ja que joves professionals prefereixen treballar fora. Lleida, amb un 11,5%, és la província de l'Estat espanyol que més metges veu marxar.

La vaga dels col·legiats estava plenament justificada. Els metges vocacionals ja no podien seguir reemplaçant, amb la seva extraordinària dedicació, els déficits institucionals dels últims anys. La ciutadania, principal víctima de les deficiències sanitàries, ho va entendre i hi va respondre solidàriament.

Ara el Govern ha de decidir si definitivament concep la sanitat com un element de cohesió social i la salut com un bé preuat. Si és així, ha de fer realitat els acords signats i solucionar amb diligència les reivindicacions de la sanitat concertada.



ÍNDEX

- 4-5** Cursos formatius del Col·legi Oficial de Metges de Lleida
- 6-7** Participació del COMLL en la VI Convenció de la Professió Mèdica
- 8** El president del Col·legi, Dr. Ramon Mur, a la celebració dels 20 anys del PAIMM
- 9** Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL 2018
- 9** Donació del COMLLw a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida)
- 10** Celebrat el curs pioner sobre el *delirium* a la UCI
- 12-19** Debat sobre el part a casa a càrrec del Dr. Emili Maestre, el Dr. Ramon Capdevila, la llevadora Antonia Chamizo i Laia Sisó, mare, i Pere Hortigüela, pare,
- 20-21** La comunicació entre la microbiota intestinal i el cervell, article del Dr. Enric Herrero
- 23-24** Desenvolupament del projecte COMSalut a Cervera explicat per l'equip motor de la iniciativa

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 Guiu
Josep M. Casanova Seuma
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté

Josep M. Greoles Solé
Mària Irigoyen Ontiñano
Íñigo Lorente Doria
Jordi Melé Olivé
Vincenzo Palavicino
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Rosa Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero

Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas
Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
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

CURSOS FORMATIUS DEL COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE LLEIDA

Hi han participat més de 100 col·legiats i col·legiades durant l'octubre i el novembre

Més de 100 col·legiades i col·legiats han participat durant els mesos d'octubre i novembre en les activitats formatives organitzades pel Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL). Els cursos oferits pel COMLL són diversos i inclouen des d'aspectes ètics i legals fins a classes d'anglès i actualitzacions mèdiques. Totes les activitats van tenir lloc a la seu col·legial.

El cicle formatiu del període 2018/2019 es va iniciar l'1 d'octubre amb el tema *Actualització d'aspectes ètics i legals de l'exercici mèdic* i s'hi van inscriure un total de 16 professionals. El Dr. Rogelio Altisent, especialista en Medicina Familiar i Comunitària del Centre de Salut Actur Sur de Saragossa, va parlar sobre aspectes ètics de l'exercici mèdic. El segon ponent, el Dr. Bernardo Perea, especialista en Medicina Penal i Forense, va pronunciar la conferència *Aspectes legals de l'exercici mèdic*.

El curs d'informàtica, a càrrec de Sergi Sisó, va tenir lloc del 9 al 30 d'octubre, a partir de les 16 hores, i va tenir 29 persones inscrites.

El curs *Actualització en electrocardi-*

El 2019, actualitzacions en dermatologia, endocrinologia i nutrició i pediatria, i un curs d'iniciació a la recerca



Dr. Bernardo Perea



Dr. Rogelio Altisent

ogrames va reunir, els dies 9, 16, 23 i 30 d'octubre, de les 18.00 a les 20.00 hores, 11 metges i metgesses. El va impartir la Dra. Albina Aldomà, especialista en Cardiologia, que va incloure en la xerrada aspectes com l'ECG normal, les taquiaritmies auriculars i els trastorns de la repolarització. En l'última sessió, la Dra. Aldomà va presentar casos pràctics.

El curs *Mindfulness per a metges del treball*, organitzat per la secció col·legial de Metges del Treball, es va celebrar el

15 de novembre. Berta Sindreu, psicòloga i instructora d'intervencions basades en *mindfulness*, va impartir la classe. Van assistir-hi 9 professionals.

Així mateix, l'1 i el 2 d'octubre es van reiniciar les classes d'anglès. El total d'inscrits va ser de 21 per al nivell bàsic i de 15 per al nivell avançat.

Cursos per al 2019

El COMLL ha programat noves activitats per a l'any 2019.



Dra. Albina Aldomà

La primera, *Actualització en dermatologia*, començarà el 9 de gener i continuarà els dies 16, 23 i 30 del mateix mes en horari de les 18.30 a les 20.00 hores. El Dr. Josep Manel Fernández Armenteros, metge especialista en Dermatologia Medicoquirúrgica i Venereologia, presentarà diferents casos de pacients amb afectacions dermatològiques. Les sessions tindran lloc al COMLL i es retransmetran via *streaming*.

El curs *Iniciació a la recerca* s'ha previst per als dies 5, 7 i 12 de març,

de les 17.00 a les 20.00, a la seu del Col·legi. La Dra. Sílvia Bielsa, metgessa especialista en Medicina Interna, i el Dr. José Manuel Porcel, també especialista en Medicina Interna, impartiran les conferències. La metodologia utilitzada serà sessions teòriques i explicació de casos clínics.

Les dates dels cursos *Actualització en endocrinologia i nutrició* i *Actualització en pediatria* estaven pendents de confirmar en el moment de tancar l'edició del BUTLLETÍ MÈDIC 129.



A l'esquerra, assistents al curs d'informàtica, i a la dreta, Sergi Sisó, que el va impartir



Preparació del curs Mindfulness



Una de les primeres classes d'anglès d'aquest curs



El president del COMLL, Dr. Ramon Mur, a la convenció

Àmplia representació del COMLL a la VI Convenció de la Profesió Mèdica

Una àmplia representació del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va participar en la VI Convenció de la Profesió Mèdica, celebrada a Madrid els dies 16

i 17 de novembre. La convenció, que va reunir 550 metges i metgesses de l'Estat, va escollir en aquesta edició el lema *Liderant la professió, compromesos amb la societat i els metges*.

El Dr. Ramon Mur, president del COMLL, va participar en qualitat de responsable de les preguntes a la taula *Gènere i professió mèdica*. Així mateix, va intervenir en l'exposició *Experièn-*

Un total de 550 metges i metgesses de tot l'Estat van participar en la trobada professional

cies col·legials i en les assemblees de presidents que van tenir lloc durant la trobada.

La Dra. Margarita Puigdevall, vicepresidenta del COMLL, va assistir a l'Assemblea de la Vocalia de Representants Provincials de Metges d'Exercici Privat. A més, la Dra. Maria Irigoyen, secretària del COMLL, va participar en la reunió de secretaris dels col·legis de metges. Per la seva part, la Dra. Montserrat Esquerda, presidenta de la Comissió de Deontologia del COMLL, va intervenir en la taula rodona *Suïcidi assistit i eutanàsia*.

En el decurs de la convenció, el Dr. Xavier Rodamilans, expresident del COMLL, va ser distingit amb l'emblema de plata del Consell General de Col·legis de Metges.

L'vicepresident del govern espanyol Alfonso Guerra va inaugurar l'esdeveniment. Serafín Romero, president de l'OMC, va reclamar en aquest acte que es redueixi la pressió assistencial, s'enforteixi l'Atenció Primària, plena igualtat entre metges i metgesses i que es persegueixi els agressors dels professionals.

La convenció va debatre sobre la relació metge-pacient, la formació i les acreditacions mèdiques, les polítiques sanitàries de recursos humans, les agressions als metges, el professionalisme en la sanitat privada i l'eutanàsia. També es van lliurar els premis a les millors trajectòries professionals. Les ministres de Sanitat, M. Luisa Carcedo, i de Defensa, Margarita Robles, van cloure la trobada.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves darreres sessions i fins al 30/10/2018, ha acordat i ha tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Informació sobre el plenari del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, que ha revalidat com a president, per dos anys més, el Dr. Josep Vilaplana, president del COM de Girona.

- Informació sobre la posada en marxa del nou protocol per iniciar els sinistres de responsabilitat civil professional des de Lleida, així com la defensa dels casos que es vagin presentant.

- Informació sobre el reforç dels serveis de l'àrea d'assegurances amb la contractació d'una persona per donar suport administratiu.

- Convocatòria del XVII Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari del COMLL. El període de presentació de projectes finalitza el 28 de desembre.

- Com és tradicional, s'han reservat sèries del número de la loteria de Nadal 2018 per distribuir-les entre els col·legiats i les col·legiades interessats. El número reservat és el 94673.

- Informació sobre els contactes mantinguts amb membres de la Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques per tal de valorar l'oferiment fet en activitats formatives i convocar eleccions a l'Associació Medicoquirúrgica de Lleida.

- Col·laboració econòmica amb els actes de reconeixement de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova al Dr. Joan Viñas Salas.

- Nomenament del Dr. Carlos Querol, vicesecretari del Col·legi, com a repre-

sentant de la institució al Fòrum de Diàleg Professional del Departament de Salut.

- Informació sobre la concessió, el 17 de novembre, al Dr. Xavier Rodamilans de la O, expresident del Col·legi, de la condició de Col·legiat d'Honor amb emblema de plata del Consell General de Col·legis Mèdics.

- Informació sobre la renúncia al càrrec col·legial del Dr. Francesc Purroy García, vocal segon de la Junta de Govern del COMLL, amb motiu d'haver estat nomenat director mèdic de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova. La Junta agraeix la seva dedicació al Col·legi i li desitja el més gran dels èxits en la seva nova responsabilitat professional.

- Convocatòria del Concurs de Felicitacions de Nadal del COMLL 2018, en què poden participar els fills i les filles dels col·legiats i les col·legiades que cursin estudis fins a 6è d'educació primària. Es preveu celebrar el 18 de desembre l'acte de lliurament de premis.

- Tramesa d'un informe jurídic al Departament de Salut perquè adopti les mesures oportunes davant de la convocatòria de conferències sense evidència científica i contràries a la bona praxi.

- Informació sobre les eleccions celebrades el 26 d'octubre al Consell General de Col·legis Mèdics, en què la Dra. Maria Rosa Arroyo Castillo va ser elegida vicepresidenta. El president del Col·legi, Dr. Ramon Mur, va formar part de la mesa electoral com a president de menys edat.

Moviment col·legial els mesos d'agost, setembre i octubre de 2018

El COMLL ha registrat 20 altes durant els mesos de agost, setembre i octubre de 2018: Daniel Eduardo Rodezno Elvir, Guadalupe Carrasco Fuentes, Daniela Isabel Vargas Flores, Manuel Garrido Rosania, Pere Vergés Balasch, Germán Alejandro Yserte Jhon, Nancy Marisela Coraizaca Chicaiza, Silvia Iglesias Griñant, Jordi Raurich Leandro, Fiorella Andrea Frisoli, Maria Pilar Rufas Acín, Diana Rocío Garnica Velandia, Josman Monclou Palomino, Emil Farik Pérez Marichal, Maria Biagia Rita Rivero, Germán Augusto

Guzmán Rolo, Víctor Hugo Azocar Azpiri, Rajé Gerardo Robert Medina, Francisco Javier Rodríguez Peguero i Julián Llopis Cerezo.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 11 baixes en aquests tres mesos. Entre les baixes del mes de setembre, figura la defunció del Dr. Ramon Torres Palou.

CANVIS DE SITUACIÓ

Passen a col·legiats/des honorífics/ques els/les Drs./es: Miguel Ángel Gallart Blanco, Juan Torres Puigros, Jaume Cortés Genescà, Maria Isabel Tarruella Vidal, José Miguel Geli Gassó, Luis Marco Estarreado, Manuel Camps Surroca i José Marcuello Laguna.

Total col·legiats el 31/10/2018: 1.880.



Lliurament de l'Emblema de Plata al Dr. Xavier Rodamilans



La Dra. Montse Esquerda, a la taula sobre suïcidi i eutanàsia

Comunicat de la Junta de Govern del COMLL contra l'ús del clorit de sodi per tractar l'autisme

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va fer públic el 12 d'octubre un comunicat contra el tractament amb ús de clorit de sodi de l'autisme. Aquesta pseudoteràpia estava promoguda per l'associació Dolça Revolució, que lidera Josep Pàmies, la qual havia assegurat que, mitjançant el consum d'aquest derivat del lleixiu, s'havien curat alguns casos d'autisme.

Dolça Revolució va fer una xerrada a Balaguer, mentre que d'altres de previstes a Saragossa i les Illes Canàries van ser prohibides per les autoritats sanitàries. Josep Pàmies ha estat sancionat per difondre la suposada bondat d'aquest producte pseudocientífic, que va ser declarat medicament il·legal i prohibit l'any 2010.

La Junta del COMLL va considerar "pervers promulgar tractaments que, a més de limitar l'accés a les teràpies adequadament orientades i aprovades per al seu abordatge, suposen una pèrdua d'oportunitat per a la favorable evolució de l'autisme". A més, va qualificar "d'atemptat contra la salut" aquest suposat tractament.

Després de condemnar enèrgicament l'acte promogut per Pàmies a Balaguer i d'annunciar accions del seu servei jurídic juntament amb la Generalitat, va ratificar la seva repulsa a aquestes accions divulgatives sense base científica. "Revalidem el nostre compromís permanent amb la ciutadania i la pràctica mèdica per excel·lència, segura, accessible i basada en l'evidència científica, vetllant pel respecte i el compliment del Codi Deontològic", va dir el Col·legi de Metges de Lleida a través del seu comunicat oficial.



Intervenció del Dr. Ramon Mur a l'acte de cloenda

Vintè aniversari del PAIMM amb participació del president del COMLL, Dr. Ramon Mur

El Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIMM) va celebrar els dies 8 i 9 de novembre el 20è aniversari. El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) i el Departament de Salut van organitzar la commemoració d'aquest programa, que va néixer l'any 1998 al COMB i va ser pioner a l'Estat i a Europa.

El Dr. Jaume Padrós, president del COMB, i el Dr. Serafín Romero, president de l'OMC, van presentar les jornades. L'acte de cloenda va comptar amb la participació de la consellera de Salut, Alba Vergés; el Dr. Padrós; el Dr. Ramon Mur, president del Col·legi de Metges de Lleida; el Dr. Fernando Vizcarro, president del Col·legi de Metges de Tarragona; el Dr. Josep Vilaplana, president del Col·legi de Girona i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, i el Dr. Romero.

Diverses conferències i taules rodones van informar durant les jornades sobre experiències i models d'assistència als metges malalts. Segons un informe del COMB, el PAIMM ha atès 3.000 professionals en 20 anys, un 60% dels quals són dones i un 40%, homes. Per edats, la franja de metges de menys de 30 anys arriba a un

El 60% dels professionals atesos són dones i el 40%, homes

18,80%, seguida dels professionals d'entre 56 i 60 anys, que se situa en el 16,30%. Pel que fa als motius de demanda assistencial, un 80% corresponen als trastorns mentals; un 11%, a l'addicció a l'alcohol, i un 9%, a les addiccions a altres substàncies.

La informació del COMB destaca que el PAIMM és un model per a altres professionals de l'àmbit de la salut que, com els metges, s'enfronten a factors de risc psicosocial per la naturalesa del seu exercici (pressió assistencial, presa de decisions que afecten la vida del pacient i necessitat d'actualització de coneixements constant, entre d'altres). Actualment, la Fundació Galatea, que gestiona aquest programa, ofereix assistència a metges, infermeres, fisioterapeutes, farmacèutics, veterinaris, psicòlegs, odontòlegs i treballadors socials.

Donació del COMLL a l'IRBLleida per a la Jornada Jesús Montoliu

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha donat 1.050 € a l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) com a patrocini de la VII Jornada Extraordinària Jesús Montoliu, que se celebrarà el 18 de desembre i comptarà amb la participació del professor Javier de Felipe Oroquieta, investigador principal del grup del CSIC Microorganització de l'escorça cerebral normal i alteracions dels circuits, de l'Institut Cajal de Madrid.



El president del COMLL, Dr. Ramon Mur, i el responsable de Promoció de l'IRBLleida, Josep M. Bosch

Xapes solidàries de l'IRBLleida per col·laborar amb la recerca

L'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida) ha endegat una col·lecció de xapes solidàries, que posa a la venda al preu d'1 € la unitat com a donació per col·laborar en la recerca.

L'objectiu de l'IRBLleida és que les donacions impactin en la qualitat de vida de la població, millorin els tractaments de moltes malalties, col·laborin amb la comunitat científica i donin potencialitat al territori lleidatà.



Convocada l'edició d'enguany del Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari

El COMLL contribuirà al finançament del projecte guanyador

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha convocat el XVII Premi a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari. L'edició d'enguany manté l'objectiu de reconèixer la tasca altruista realitzada per metges i metgesses en ONG i associacions sense ànim de lucre, que treballen professionalment per garantir el dret a la salut de la població. El COMLL contribuirà amb la dotació econòmica del premi, 6.000 €, al finançament del projecte

solidari guanyador.

Les candidates al premi són les ONG o associacions humanitàries que compten entre els seus membres amb col·legiats i col·legiades. Així mateix, els professionals del COMLL també poden presentar propostes, encara que no formin part de les entitats, si tenen coneixement previ de les seves actuacions.

Les candidatures han de presentar-se a la Secretaria del Col·legi de Metges de Lleida i s'hi ha de fer constar el nom, l'adreça, els objectius i els antecedents de l'ONG o associació i el nom del col·legiat que la proposa. A més, han d'incloure una memòria del projecte. El termini per presentar candidatures finalitza a les 14 hores del dia 28 de desembre.

Un cop rebudes les propostes, la Junta de Govern del COMLL es constituirà en jurat i les estudiarà, les valorarà i emetrà el veredict. El premi podrà atorgar-se a una de les candidates o ser compartit.

"Decàleg de protecció de dades per al personal sanitari"

L'Agència Espanyola de Protecció de Dades ha fet públic un decàleg adreçat al personal sanitari i administratiu dels centres de salut. Les claus per al tractament confidencial de les dades són les següents:

1. Tracta les dades del pacient com voldries que fessin amb les teves

2. Estàs segur que has d'accedir a aquesta història clínica? Pensa-ho. Només hi has d'accedir si és necessari per a la teva feina professional. A més, el Col·legi de Metges et recorda que no has d'accedir a la teva història clínica ni dels teus familiars i coneguts

3. Recorda: els teus accessos a la documentació clínica queden registrats pel sistema i són auditats posteriorment. Se sap en quin moment i a quina informació has accedit

4. Evita informar tercers sobre la salut dels teus pacients, llevat que aquests ho hagin consentit o tinguis una justificació lícita per fer-ho

5. Quan surtis del despatx, assegura't de tancar la sessió oberta a l'ordinador. No facilitis a ningú la teva clau i contrasenya. Si necessites un accés urgent, contacta amb el Departament d'Informàtica

6. No trametis informació amb dades de salut per correu electrònic o per qualsevol xarxa pública o sense fils de comunicació electrònica. Si fos imprescindible, recorda de xifrar les dades

7. No llencis documents amb dades personals a la paperera. Destruïx-ho tu mateix o segueix el procediment implantat al teu centre

8. Quan acabis de passar consulta, tanca amb clau els armaris i arxivadors que continguin documentació clínica

9. No deixis les històries clíniques a la vista sense supervisió

10. No creïs pel teu propi compte fixers amb dades personals de pacients. Consulta-ho sempre abans amb el Departament d'Informàtica

DELIRUCI 2018



Una de les sessions del curs celebrat a l'HUAV

Curso pionero sobre la detección, prevención y tratamiento del "delirium" en UCI en Lleida

Més de 140 professionals van participar el 30 de octubre en el curso DELIRUCI 2018, que se celebró en la Sala de Actos del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, y que fue organizado por el Servicio de Medicina Intensiva de dicho centro hospitalario. El curso se dirigía a los profesionales sanitarios

que atienden a los pacientes críticos y su objetivo era mejorar la formación sobre el *delirium* en UCI.

Los participantes eran profesionales sanitarios relacionados con el paciente crítico: intensivistas, psiquiatras, pediatras, rehabilitadores, enfermería y auxiliares de enfermería de unidades de críticos y farmacéuticos hospitala-

rios, entre otros. Los profesores, provenientes de Lleida y de todo el Estado, eran expertos y referentes en *delirium* en sus respectivos hospitales.

Este síndrome cerebral orgánico, también conocido como síndrome confusional agudo, se define como un trastorno de la atención, de la consciencia y de la función cognitiva, de causa orgánica, que puede alterar la actividad psicomotora en forma de agitación, letargia o ambos. Su incidencia en UCI es del 20 al 80%, según diferentes estudios y según el tipo de complejidad de los pacientes ingresados en las unidades de críticos. Su conocimiento y detección es de vital importancia, pues el *delirium* se correlaciona con más secuelas neurocognitivas, estancia en UCI, estancia hospitalaria, costes y morbilidad.

La formación del profesional sanitario sobre este síndrome en UCI también permite la prevención de su aparición y el tratamiento adecuado, tanto farmacológico como no farmacológico. Entre las medidas no farmacológicas de prevención y tratamiento, se incluyen el acompañamiento familiar, la orientación y el entrenamiento cognitivo con relojes o televisiones y la mejora de la comunicación con tabletas táctiles de comunicación aumentativa. Estas medidas coinciden con parte de las medidas de humanización que el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida ha implementado en el último año.

El propósito del curso DELIRUCI es realizar una edición anual en Lleida y convertirse en un referente estatal en la formación de este síndrome, el *delirium*, así como ahondar en su relación con la sedación del paciente crítico y la humanización de los cuidados críticos.

El Dr. Íñigo Lorente representa el COMLL en les XXI Jornades ACEBA

El Dr. Íñigo Lorente, vocal de la Junta de Govern del COMLL, va participar en representació del col·legi lleidatà, el 26 d'octubre, en l'acte de benvinguda als participants en les XXI Jornades ACEBA, que van tenir lloc a la Seu d'Urgell. Les jornades, organitzades per Pediatria dels Pirineus, es van centrar en l'autogestió, el professionalisme i l'economia social. ACEBA és l'associació de cooperatives d'autogestió en salut.

El Dr. Jaume Pedrós, president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, va pronunciar la conferència inaugural, *Defectes i virtuts de la sanitat actual*. Per la seva part, el professor José Luis Monzón, president de la Comissió Cien-



A l'esquerra de la imatge, el Dr. Íñigo Lorente

tífica del CIRIEC, va impartir la conferència de cloenda, titulada *El paper de l'economia social en la gestió de serveis de salut*.

Al llarg de les jornades, diferents experts i expertes van exposar temes

sobre Atenció Primària (AP), les RBA, la pediatria, el paper de l'hospital de referència en el treball integrat amb l'AP i l'economia social i el servei a les persones. L'acte es va iniciar a les 10 hores i va finalitzar a les 19 hores.

Més de 100 assistents a les XXXIII Jornades de Bioètica

Més de 100 persones, majoritàriament estudiants de la Facultat de Medicina de Lleida, van participar els dies 22 i 24 d'octubre en la 33a edició de les Jornades de Bioètica. L'activitat, desenvolupada al saló d'actes de la facultat lleidatana, estava organitzada pel Departament de Cirurgia de la Universitat de Lleida, l'Institut Borja de Bioètica i la Universitat Ramon Llull.

Aquesta edició va tractar dels valors professionals dels metges i la professionalitat, i va tenir per títol *Temps líquids, valors mèdics sòlids: tenen futur els valors professionals?*

La doctora Montserrat Esquerda, professora de Bioètica de la Universitat de Lleida, directora de l'Institut Borja de Bioètica i presidenta de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, va inaugurar les jornades. La Dra. Esquerda va ressaltar la importància de la qüestió abordada en uns temps de ràpids progressos tecnològics, limitació de recursos i substancials canvis socials.

El primer dia es va passar la pel·lícula *El doctor*, que va motivar, després, un interessant i intens debat en una taula rodona coordinada pel Dr. Josep Pifarré,

La Dra. Montse Esquerda va destacar a la inauguració la importància de la bioètica en uns temps de ràpids progressos tecnològics

professor de Psiquiatria i Bioètica i cap dels serveis de Psiquiatria de Lleida. En aquesta taula van intervenir Vincenzo Palavicino, estudiant de medicina; una metgessa jove, resident de Medicina Familiar i Comunitària; la Dra. Cristina Cazorla, una metgessa amb experiència professional; la Dra. Anna Vena, geriatra del GSS que treballa al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i el Dr. Joan Viñas, que parlava com a metge gran.

Les intervencions dels ponents van

coincidir en la necessitat que l'exercici de la medicina tingui molt en compte i segueixi els principis i valors professionals intrínsecs de la professió, ja que es tracten malalts i no cossos espatllats. Així, es va emfatitzar la necessitat de la relació i l'empatia amb el malalt i la personalització de l'assistència.

El segon dia hi van intervenir els catedràtics de Fisiologia de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona i experts en educació mèdica. El Dr. Arcadi Gual va impartir la conferència *El professionalisme mèdic avui dia: del jurament hipocràtic al Physician Charter*, i el Dr. Jordi Palès va pronunciar la lliçó *Els valors professionals: quins, com s'aprenen i com s'avaluen*.

El Dr. Gual va fer un seguiment històric dels codis ètics des de l'hipocràtic fins al Codi del tercer mil·lenni, publicat simultàniament a *Lancet*, a *Annals of Internal Medicine* i a *Medicina Clínica* el 2002. Aquest codi segueix els principis del benestar del pacient, l'autonomia del malalt i la justícia social.

El Dr. Palès va desenvolupar el tema *Els valors professionals i el professionalisme mèdic*, o sigui, com aprendre'ls. El ponent va destacar la importància de l'aprenentatge informal o ocult, mitjançant l'observació del comportament dels professors i tutors, i de com avaluar-los, i va presentar eines per fer-ho.

Després es va obrir un debat amb els alumnes sobre alguns casos clínics, moderat per la Dra. Montserrat Esquerda i el Dr. Joan Viñas.

Dr. Joan Viñas Salas



La majoria d'assistents a les jornades van ser estudiants de la Facultat de Medicina de Lleida

Avantatges i desavantatges de parir a casa

Des de fa uns anys, algunes dones defensen el dret d'infantar els fills i les filles a casa, un entorn conegut que diuen que controlen millor que les instal·lacions hospitalàries. BUTLLETÍ MÈDIC us ofereix un debat sobre aquest tema.

El parto en domicilio

Una matrona de La Rioja decide parir en casa y su bebé muere horas después en el Hospital de Cruces; fallece un bebé en un parto en casa en Valencia; fallece la australiana Caroline Lowell, de 36 años, ardiente defensora del parto en casa, tras dar a luz a su segunda hija en su domicilio. Son noticias que leemos en los periódicos con relativa frecuencia y que reabren un debate que enfrenta a los defensores y promotores del parto en el domicilio frente a los que creemos que el parto asistido en un centro sanitario es sinónimo de excelencia y seguridad.

¿Qué nos dice la literatura médica?

En el año 2000, una revisión de trabajos del centro Cochrane determinaba que "no hay evidencia alguna a favor del nacimiento planificado en el hospital en mujeres embarazadas de bajo riesgo. Por lo tanto, no hay pruebas para desaconsejar el parto en casa". Un año antes, la revista que edita la Asociación Médica Canadiense confirmaba que la seguridad de los partos en casa era comparable a la de los realizados en centros sanitarios tanto por comadronas como por médicos.

Pero el jarro de agua fría, o la dura realidad, no tardaría en llegar. Un estudio realizado en 2010 por el Maine Medical Center de Estados Unidos determinaba que el alumbramiento en el domicilio causa el doble de muertes de bebés que en el hospital. Publicado en el *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, el ensayo (un metanálisis de diferentes países de Europa y EE. UU.) incluyó 342.056 partos de bajo riesgo planificados para realizarse en los domicilios y más de 207.551 nacimientos en hospitales.

El estudio indica que en un 0,2% de los alumbramientos domésticos fallece el neonato. Es decir, que de cada 1.000 recién nacidos mueren dos. La cifra disminuye a la mitad entre los nacidos en hospitales, un 0,09 %, lo que significa menos de un fallecido por cada millar de alumbramientos. Estos resultados debieran invitarnos a reflexionar sobre la seguridad para la madre y el hijo en el parto en casa.

En algunos países, como Holanda, el Reino Unido y Dinamarca, la práctica del parto en casa se ha extendido e incluso está sufragada por la asistencia pública. En Holanda, el 28% de los partos tienen lugar en el domicilio, aunque

la tendencia podría cambiar. Otro controvertido estudio, el Peristat II, publicado recientemente por la Unión Europea (UE), ha sacudido los cimientos del sistema holandés, basado en el ideal del embarazo sin apenas intervención médica. Indica que Holanda registra una de las mayores tasas de mortandad perinatal (desde la semana 22 de gestación hasta siete días después del nacimiento, según la OMS) de la UE, con 10 de cada 1.000 bebés fallecidos durante ese periodo. Aunque no se atribuye solo a los posibles riesgos del parto en casa, sí



se considera la variable más importante a tener en cuenta, lo que ha llevado a promover otras opciones, como el parto sin ingreso, en el que, pasadas seis horas, y si todo ha ido bien, la mujer y el recién nacido se marchan a casa.

En la actualidad, las sociedades profesionales de ginecología y obstetricia de Estados Unidos y Australia desaconsejan el parto en casa, mientras que el colegio de expertos británico sí lo apoya. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) no tiene un pronunciamiento oficial, pero tampoco fomenta la asistencia al parto en domicilio. La Organización Mundial de la Salud defiende el derecho de cada mujer a decidir sobre su parto.

En la actualidad, menos del 1% de nuestras pacientes deciden tener a sus hijos en sus hogares, pero, para la gran mayoría de los profesionales médicos obstetras, el parto en casa es un retroceso. Hace un siglo morían 35 de cada 1.000 bebés al año, y hemos pasado en nuestro país a tasas de 3 de cada 1.000 recién nacidos, incluyendo a fetos con graves malfor-

maciones. Recordemos una vez más las cifras: uno de los países donde más abortos y muertes de recién nacidos se producen en la UE es Holanda, cuna del parto a domicilio, donde mueren 10 de cada 1.000 bebés entre la semana 22 de gestación y la siguiente al nacimiento. En el otro extremo están Suecia y España: 3 de cada 1.000.

Es una noticia triste que, en el siglo XXI, una mujer sana muera en su casa en el transcurso de un parto o que un recién nacido fallezca o quede afecto de lesiones que van a suponer una merma de sus capacidades, pero es doblemente triste pensar que puede que, con la asistencia adecuada, esa madre o ese niño se hubieran salvado.

La mayoría de los obstetras creen que el parto debe desarrollarse en un centro hospitalario, porque en obstetricia se pueden presentar muchos imprevistos, y lo importante es tener los recursos técnicos y profesionales necesarios para hacerles frente. En la gran mayoría de las ocasiones, las complicaciones ocurren sin que haya señales previas. Por eso es importante estar donde se tenga la seguridad de poder actuar cuando se deba actuar.

Todo es mejorable, y podemos disminuir la medicalización en el transcurso del parto, como en la actualidad se hace en la gran mayoría de las maternidades, siguiendo las directrices de las diferentes sociedades científicas, pero no debemos olvidar que nosotros trabajamos para garantizar en lo que podamos la seguridad de la madre y de su hijo y la excelencia en la atención.

Dr. Emilio Maestre Mir

Adjunto del Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario Arnau
de Vilanova de Lleida

Parir a casa

Avui dia sembla que hi ha prou evidència científica per donar suport al fet de "parir a casa". Si es fa una cerca a les bases de dades de literatura mèdica, s'hi poden trobar molts articles que avaluen la seguretat del part a domicili versus el part en un centre hospitalari. Parlem de països on l'assistència sanitària està garantida i amb un nivell d'excel·lència reconegut; països desenvolupats, segons els criteris de l'OMS.

Les societats dels i de les professionals que atenen la salut reproductiva de la dona han definit una sèrie de criteris que s'han de complir per poder triar l'opció de part a domicili i, alhora les i els professionals que atendran el part a casa han d'haver acreditat una formació específica per donar suport al desenvolupament del part en un ambient que no és l'hospitalari.

En tots els articles que s'esmentaven més amunt, s'avaluen una sèrie d'ítems que fan referència sobretot a l'ús d'analgèsia epidural,

monitorització fetal intrapart, episiotomies, etc, en què s'observa una disminució clara en l'ús d'intervencions sobre la mare durant el procés de part. En aquest estudi i revisions d'estudis es mesura l'evolució dels nadons en forma de mort perinatal i altres resultats adversos (ingrés a neonatologia en els primers 28 dies de vida, etc.). Entre els nascuts a domicili i els nascuts en un medi hospitalari no s'observen diferències estadísticament significatives.

Més difícil de valorar és el grau de satisfacció que la mare (i també el pare) pot experimentar quan el part s'esdevé al lloc que ella ha triat i envoltada de les persones que ha escollit. La valoració pel que fa a sentir que el part ha estat respectat i que les expectatives de la mare s'han assolit al màxim.

Respectar el part significa deixar que el diàleg neuroquímic que s'estableix entre el cervell matern i el del nadó no rebi interferències. Entendre aquests processos neurobiològics ens permet aprofundir en la comprensió d'algunes alteracions mentals que es manifesten després de gestacions i parts en aparença normals².

A la consulta de pediatria que atenc i, especialment, a la consulta de Suport a l'Alletament Matern (SAM), les mares sovint expressen la seva disconformitat pel que fa a l'experiència del part i els primers dies postpart. En una conversa de tu a tu, la mare expressa un munt de sentiments que ha anat elaborant durant dies i que molts cops es manifesten en problemes d'alletament o de cura del nadó. La parella també descobreix sensacions que potser havia mig imaginat, però que no havia valorat correctament. La consulta es transforma en un lloc de trobada i apoderament perquè la parella, sobretot la mare, recuperi el rol de mare, que prengui una actitud activa en el procés de presa de decisions: *seguretat compartida*⁴.

A Catalunya, iniciatives privades com Migjorn Casa de Naixements, Aura Naixement i Néixer a Casa, entre d'altres⁴, fa molts anys que treballen per acompanyar les futures famílies en un part respectat i en un entorn adient. Recentment, l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell i la seva Casa de Parts, que depenen del sistema públic de salut, han posat en marxa un projecte basat en una mínima intervenció, que respecta el procés fisiològic i s'adapta a les necessitats de les usuàries, els professionals i el centre. Altres centres públics també estan treballant en projectes similars.

Finalment, es tracta d'oferir una visió biopsicosocial de l'atenció a la salut i la malaltia que serà decisiva en l'inici de la nova vida.

Dr. Ramon Capdevila
Pediatre

BIBLIOGRAFIA

1. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(1):17-27.

14 Elder HR, Alio AP, Fisher SG. Investigating the deba-



te of home birth safety: A critical review of cohort studies focusing on selected infant outcomes. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016;13(3):297-308.

Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;

Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. Guidance and guidelines | NICE. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>.

Janssen PA, Saxell L, Page LA, Klein MC, Liston RM, Lee SK. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*. 2009;181(6-7):377-83.

Jonge AD, Geerts C, Goes BVD, Mol B, Buitendijk S, Nijhuis J. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015 April;122(5):720-8.

Lindgren HE, Rådestad IJ, Christensson K, Hildingsson IM. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2008;87(7):751-9.

Snowden JM, Tilden EL, Snyder J, Quigley B,

Caughey AB, Cheng YW. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(27):2642-53.

Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010;203(3).

2. "Neurobiología del parto" Olza I Marín MA; Gil A. A: Alba C, Aler I, Olza I. *Maternidad y Salud: ciencia, conciencia y experiencia*. Edita Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. NIPO en línea: 680-12-110-X

3: Norma Casal-Moron, MJ Alemany-Anchel. *Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Boudieu* [Internet]. Index de Enfermería. Fundación Index; Consultado en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>

http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2013/pdf/gpc_part_normal_catalunya_aquas2013.pdf

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf

<https://llevadorespartacasa.org/es/2018/06/01/la-guia-dassistencia-al-part-a-casa/>

<https://www.coib.cat/ca-es/especialitats-infermeres/llevadores.html>

http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf

<https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/intrapartum-care-intrapartum-care-overview.pdf>

<https://www.nice.org.uk/guidance/CG62>

<http://www.llevadores.cat/>

<http://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=5120>

https://politica.elpais.com/politica/2014/12/19/actualidad/1419018235_801849.html

<https://noticies.martorell.cat/primer-naixement-a-la-casa-de-parts-de-lhospital-sant-joan-de-deu-de-martorell/>

I per què no a casa?

Jo vaig néixer a casa. No vaig ser la primera. Sóc la petita de 5 germans i ells també van néixer a casa. Però aquesta opció no va ser un caprici. Els meus pares no tenien més suport familiar i no podien deixar els fills grans sols a casa per anar a parir a l'hospital. A la meua mare la va ajudar una matrona del poble que feia i assistia parts a casa. Li pagaven per visita, i també en feia al puerperi. Les setmanes abans del part, passava per casa més sovint, fins que la mare estava de part. I aquesta era l'opció vàlida, acceptada i... segura?

Però això va ser fa molts anys. Avui dia la medicina ha avançat moltíssim. Ecògrafs en 4D, prediccions de risc amb una mostra de sang, intervencions intrauterines amb làser... Així ho demostra el descens de la mortalitat perinatal del 50 al 3 per 1.000 en els últims 60 anys. S'han salvat moltes vides, tant de mares com de nens, però tanta medicalització va esdevenir excessiva. Tant que la mare va deixar de ser protagonista del seu propi part i es va afiluar la seva veu respecte a com volia parir. Pel seu bé, fins i tot se l'adormia amb pentotal a l'expulsiu perquè no patís amb episiotomies sistemàtiques, tectes vaginals cada 5 minuts, instrumen-

talitzacions docents...

El 2010, el Ministeri de Sanitat i Política Social va publicar la *Guia de pràctica clínica sobre la atenció al part normal*. Amb aquesta guia es pretén frenar l'excés d'intervencionisme reduint el nombre de tactes vaginals, amniotomies, induccions... i s'intenten aplicar altres recursos per al control del procés de part i del dolor, com les pilotes suïsses, massatges o la hidroteràpia –per a aplicació tòpica o per a immersió– i l'ús de l'òxid nítrós. Aquesta guia torna a les dones una porció del poder de decidir coses en el seu part. Va suposar un canvi important en els processos de part, però no deixa de ser un seguit de recomanacions que tothom fa caure a conveniència, en lloc d'uns protocols definits d'actuació.

Per una altra banda, depenent de la zona d'on sigui aquesta gestant, tindrà més opcions per parir. A Europa hi ha països que permeten i subvencionen el part domiciliari, com a Anglaterra, on no només el permeten i el financen sinó que, a més, el recomanen a dones de baix risc i que ja han parit abans perquè abarateix el cost del part. I és que la guia de Sanitat, basada en estudis d'Oxford, diu que segons les estadístiques és més segur parir a casa que als hospitals. També ho recomanen a Holanda, el Canadà, Dinamarca i Islàndia.

Al Regne Unit tenen tres models de lloc on parir. Hi ha les unitats de part independents de l'hospital, però que estan en contacte per si cal trasllat; els parts domiciliaris, finançats pel NHS (National Health Service), assistits per un mínim de dues llevadores amb trasllat a l'hospital amb ambulància o cotxe particular, coordinats amb hospitals de referència, i les unitats de parts portades per llevadores dins del mateix hospital.

D'aquestes últimes, se n'ha creat una fa poc aquí, a Catalunya, a l'Hospital Sant Joan de Déu, a Martorell, on, al desembre del 2017, van atendre el primer part.

I és que l'OMS (Organització Mundial de la Salut), a la seva *Guia del part normal*, diu que "la dona ha de donar a llum en el lloc on ella es trobi segura, i si és una dona de baix risc, això pot ser a casa, en una maternitat petita o en una de més gran en un hospital".

La gran majoria de dones se senten més segures parint als hospitals. Als països on s'aproven els parts a casa, no superen el 2% del total de parts, i als països on es tolera, no arriben a l'1%.

Les guies NICE, guies de la bona pràctica clínica angleses, i el Birthplace Study del 2011, diuen que les dones que trien parir a casa tenen més parts vaginals, menys parts instrumentats i cesàries, menys episiotomies, epidurals i transfusions sanguínies. Encara que també parlen d'un gran nombre de trasllats a l'hospital, que arriba al 45% en el cas de les mares que ho són per primer cop i que havien triat parir a casa, però que ho acaben fent a l'hospital.

El 2010, la Vocalia de Llevadores del COIB (Col·legi d'Infermeria de Barcelona), va presentar la *Guia d'assistència al part a casa*, que va



ser un document de referència a tot l'Estat.

L'objectiu d'aquesta guia era unificar criteris d'actuació durant el part i el postpart per millorar la pràctica assistencial de les llevadores que es dedicaven a acompanyar parts domiciliaris. Aquesta guia va ser pionera establint recomanacions específiques basades en l'evidència científica.

El passat maig d'aquest any es va presentar la nova *Guia d'assistència del part a casa*, elaborada per llevadores expertes en l'assistència al part domiciliari de l'Associació de Llevadores de Part a Casa de Catalunya (ALPACC), que va rebre el suport de l'Associació Catalana de Llevadores (ACL), la Federació de Asociaciones de Matronas de España (FAME) i el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya.

L'ALPACC es va referir, en la presentació de la nova guia, a la necessitat d'actualitzar l'anterior i poder disposar així d'un document vàlid basat en l'evidència científica més recent. Aquesta guia neix amb l'objectiu d'unificar la pràctica assistencial d'acord amb uns paràmetres d'excel·lència clínica.

L'Hospital Sany Joan de Déu ha creat una unitat de part dins del centre portada per llevadores

A més a més, l'Associació Catalana de Llevadores ofereix un curs de formació per a l'atenció del part a casa, que aquest any arriba a la vuitena edició, al qual accedeixen llevadores de tot l'Estat per formar-se en aquesta matèria.

Les dones que trien parir a casa tenen entre 25 i 35 anys, amb un nivell sociocultural mitjà-alt. Aquestes dones estan emparades per la Llei d'Autonomia del Pacient (Llei 41/2002, Ministeri de Presidència 2002).

La llevadora donarà informació basada en l'evidència científica, explicarà de forma comprensible els riscos i els beneficis que pot comportar el fet de parir a casa a fi que la dona sigui capaç de prendre les seves decisions. S'haurà de signar un consentiment en què s'informi de tots els riscos, el signaran tant la dona com l'equip que l'assistirà al part i se'n farà una còpia per a cada part signant.

El 2016, 373 dones van parir a casa, segons dades de l'IDESCAT. Aquest servei no entra a la cartera de serveis del CatSalut. El cost de parir a casa oscil·la entre els 2.500 i els 3.000 euros. Aquesta suma inclou l'acompanyament de la dona durant l'embaràs amb un mínim de quatre visites de control gestacional. Una d'aquestes visites és al domicili, un mes abans del part, per

valorar les condicions de l'espai per acollir-lo. Així mateix, es fomenta un vincle i un ambient de confiança i seguretat entre l'equip assistencial i la dona.

En aquestes visites també s'organitza un possible trasllat, en cotxe particular o ambulància, a un centre hospitalari si calgués. El preu també inclou l'assistència al part (acompanyant la dona en aquest procés, ajudant-la a afrontar el dolor amb mesures no farmacològiques), el puerperi immediat, el puerperi amb visites a domicili al cap de 24 hores i el 7è-10è dia, quan la llevadora valorarà el benestar de la mare i la criatura i si la lactància materna és satisfactòria. També es recomanarà una visita al pediatre del nadó abans del mes de vida. Tot això, per 2.500 euros.

Els criteris d'inclusió per parir a casa són: gestació de baix risc, única, a terme i en presentació cefàlica, amb controls obstètrics i ecogràfics adequats i amb anàlisis sanguínies correctes. També es valora que la història clínica i obstètrica prèvia no presenti complicacions (com podrien ser preeclàmpsies, creixements intrauterins alterats i mals antecedents obstètrics, entre d'altres) i es fan valoracions individuals dels riscos que hi podria haver.

Es desaconsella parir a casa si la dona té algun problema mèdic de base com cardiopaties, problemes respiratoris, hematològics, neurològics o psiquiàtrics, entre d'altres.

Els motius més comuns per traslladar la dona a un centre hospitalari són la presentació anòmala del nadó, disminució o alteracions del ritme cardíac fetal, presentacions lliures, aigües meconials, dolor anòmal que faci sospitar que s'han produït ruptures uterines, parts estacionats, febre materna, alteracions de la tensió arterial, sutura d'estrips o la petició materna.

Així doncs, el part de baix risc a casa, atès per llevadores professionals i experimentades i recolzades en l'evidència científica, hauria de ser una opció vàlida i segura per a les dones que l'escullen, amb les persones que ella vulgui, i assistida per algú de total confiança. Sense pressions socials, sense tabús.

Antonia Chamizo Murillo

Llevadora assistencial

Hospital Universitari Arnau de Vilanova

achamizo.lleida.ics@gencat.cat

Per què la nostra filla i el nostre fill han nascut a casa?

De petita ja jugava a ser mare. Practicava per quan fos una realitat.

Sempre m'ha interessat observar les situacions i com actuen les persones que s'hi troben. He tingut la sort de treballar en diferents llocs del món i veure parir força dones d'origens diferents i en situacions molt diferents. D'aquesta observació naix la meva necessitat de tenir un



part respectat.

Recordo la meua professora de maternoinfantil a la universitat dient-nos que la gestació era un "estat de gràcia". La frase em va ressonar des del primer moment i així ho volia viure. Sempre he pensat —i ara ja ho he experimentat— que la gestació són els únics nou mesos de la vida en què comparteixes fins i tot la respiració. Nou mesos de feina familiar emocionant i intensa. Nou mesos que et preparen per a molt més que per parir: et preparen per criar i per evolucionar a tots els nivells possibles. Des del meu punt de vista, el part és la primera prova que afronta

la família per aprendre a cuidar de la família, i me'n volia responsabilitzar.

Jo vaig néixer a l'hospital i a la meua mare la van adormir a l'expulsió amb pentotal. Es va despertar sola, sense panxa i sense filla. Per contrarestar aquest fet, sempre he tingut en compte el relat de la meua padrina: ha criat 5 fills i 2 filles; el primer fill va néixer a l'hospital i la resta, a casa. Cap mala experiència.

Per a mi va ser un gran regal observar com parien les dones de les diferents comunitats indígenes d'Oaxaca. Va ser molt revelador veure, per primera vegada, l'expressió d'em-

poderament que transmetia la Guadalupe, una dona mixe, mentre paria a casa seva, acompanyada de la seva tribu, continguda i segura. Aquella sensació jo no l'havia experimentat mai, però era claríssim que era el quid de la situació.

La meua parella és pare de vocació. Ens vam conèixer treballant a l'hospital i des del primer dia hem mimat el nostre projecte comú. Quan li vaig plantejar que volia parir a casa no es va espantar. Es va sentir encuriosit per la meua demanda, hi va empatitzar, vam buscar els recursos necessaris per satisfer les necessitats de tots i va ser possible.

Les llevadores han format part del nostre projecte familiar. Primer, com a observadores del nostre model familiar, les nostres necessitats i els nostres desitjos. Després, com a guies i assessores de les qüestions més especialitzades del procés d'embaràs, part i postpart.

Per què la nostra filla i el nostre fill han nascut a casa?

Perquè em sentia totalment capaç de parir de forma autònoma. Era una noia jove, sana i, en definitiva, independent per acceptar el dolor, empènyer, agafar el nadó, parir la placenta... I perquè la meua parella se sentia totalment capaç d'acompanyar-nos en aquest procés. Junts volíem ésser responsables del part/naixement dels nostres fills.

Què em proporcionava seguretat?

Que les persones, professionals sanitàries, que m'acompanyessin en el procés ens coneguessin suficientment per creure en mi, en els meus fills i en la meua parella, i ens donessin suport i guessin respectant la nostra autodeterminació, la presa de decisions durant tot el procés. A vegades, decisions basades en la intuïció, i d'altres, sobre processos fisiològics.

Que l'entorn ens fos totalment conegut per saber quins recursos que en un moment determinat ens poguessin ser d'ajuda tindríem a l'abast. Si volia llum o no, un espai petit o gran, calor o fred, aigua o terra...

El nostre pla B: per si durant el procés de part calgués un control més continu, amb eines de què no disposàvem a casa, o aparegués algun signe o símptoma que indiqués que hi havia quelcom que no evolucionava de forma desitjable, vam escollir l'hospital de Valls com a hospital de referència, ja que compta amb un protocol de part respectat. I en situació d'emergència, l'Hospital Arnau de Vilanova, que tenim a 10 minuts de casa.

I així va ser. La nostra primera filla va néixer un preciós 5 de setembre a les 12.20 hores, al passadís de casa (al costat del fulard penjat), després de 10 hores de part. Un procés dur, llarg i, sobretot, molt empoderador, que vam viure amb la intimitat i la seguretat necessàries i que va fer que afrontéssim el que ens deparava el futur de forma fluida.

El nostre fill va néixer un 28 de febrer a les 14.30 hores, a la piscina que havíem instal·lat a la seva habitació, després de tota la nit de dolces contraccions i 3 hores de treball de part intens. El seu naixement, que aquest cop també vam compartir amb la nostra filla i les nostres respectives mares, ens ha deixat una gran sensació de gratitud.

**Laia Sió
Pere Hortigüela**

BUTLLETÍ MÈDIC agraeix la donació de fotografies per il·lustrar aquest debat que han fet Noelia García, Marina Estopiñán i Lucía Alcaraz

La comunicació entre la microbiota intestinal i el cervell

L'any 1872, a *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Charles Darwin afirmava que "la manera com les secrecions del canal alimentari i altres òrgans [...] resulten afectades per emocions fortes és un exemple excel·lent de l'acció directa dels sentits sobre aquests òrgans, independentment de la voluntat o de qualsevol hàbit associat". Estava, doncs, indicant la relació fisiològica entre el funcionament del tracte digestiu i el cervell. Aquesta afirmació, però, no plantejava en cap moment la participació de microorganismes en l'esmentada relació tub digestiu-cervell, segurament perquè en aquella època el caràcter ubic dels microorganismes encara era objecte de discussió. És més, aquells anys Robert Koch, amb els seus experiments plasmats després en una sèrie de postulats, deixava clar el paper dels microorganismes, en particular, bacteris, com a causants de diverses malalties infeccioses humanes i en altres animals. La visió positiva dels microorganismes com a actors d'una relació simbiòtica amb el cos humà és molt posterior, ja molt avançat el segle XX. I l'evidència que aquesta relació és molt complexa, que implica una enorme diversitat d'espècies bacterianes, però també una minoria de fongs i protozous, ha d'esperar fins al segle XXI, amb el desenvolupament de les tècniques metagenòmiques, que permeten la identificació de les espècies presents en un ecosistema com ara el tub digestiu humà (o una part concreta) sense necessitat del cultiu previ dels individus d'aquestes espècies i, per tant, evitant les potencials dificultats tècniques de cultivar al laboratori microorganismes de propietats desconegudes.

Avui dia sabem que el nostre tracte digestiu conté deu vegades més cèl·lules de microorganismes i que cadascun de nosaltres és portador de més de 160 espècies bacterianes. Si ampliem l'escala a l'espècie humana en global, trobem entre 1.000 i 1.150 espècies prevalents de bacteris, en què els bacteroides i els firmicutes gram-positius (especialment els clostridis) són els grups més abundants al tracte digestiu, és a dir, bacteris anaerobis estrictes (figura 1). Tot i que aquests dos grups poden representar, si se sumen, més del 95% d'espècies bacterianes d'aquest ecosistema, hi ha un petit percentatge d'altres bacteris (entre aquests, enterobacteris anaerobis facultatius i altres

proteobacteris) que desenvolupen un paper molt important i estan sotmesos a fluctuacions quantitatives segons les condicions externes, com ara el règim nutricional, canvis fisiològics o hormonaals o el tractament amb antibiòtics. Les tècniques metagenòmiques, per exemple, han permès demostrar com el tipus de part i de lactància posterior del nou-nat influencien la diversitat i el tipus de microbiota del nen almenys durant el primer any de vida, com es descriu en un magnífic treball de l'any 2015 a *Cell Host & Microbe* (vol. 17, p. 690-703).

L'any 2004 es publica un treball pioner a *The Journal of Physiology* (vol. 558, p. 263-275) que demostra que ratolins lliures de gèrmens manifesten una resposta elevada de l'eix hipotàlem-pituitària-adrenals a un estrès extern, en comparació amb animals control amb la microbiota intestinal normal. A més, ratolins monocolonitzats a l'intestí per bifidobacteris restauren una resposta normal a l'estrès, mentre que els colonitzats per una soca enteropatógena de *Escherichia coli* mostren una resposta exagerada. Així doncs, aquest primer treball suportava l'existència d'un efecte direccional de la composició de la microbiota intestinal sobre el comportament.

El fons genètic de cada individu influeix sobre la composició de la microbiota intestinal particular, la qual cosa explica la variabilitat d'espècies presents en individus diferents i demostrada en estudis metagenòmics com els indicats més amunt. No obstant això, és possible separar la variable genètica en estudis com aquests utilitzant com a punt de partida ratolins lliures de gèrmens de soques diferents i recolonitzar-los de manera dirigida amb una microbiota intestinal amb la composició desitjada pels investigadors. Això és el que es va fer l'any 2011 en un estudi (*Gastroenterology*, vol. 141, p. 599-609) en què ratolins lliures de gèrmens de dues soques amb comportaments molt diferents (respectivament, amb alta i baixa capacitat exploratòria) es van recolonitzar en cadascuna de les soques amb microbiota intestinal de l'altra soca, i es va observar que la capacitat exploratòria final venia definida per les propietats exploratòries de la soca de procedència de la microbiota colonitzadora. Això corroborava la influència de la composició de la microbiota sobre el comportament. Altres estudis

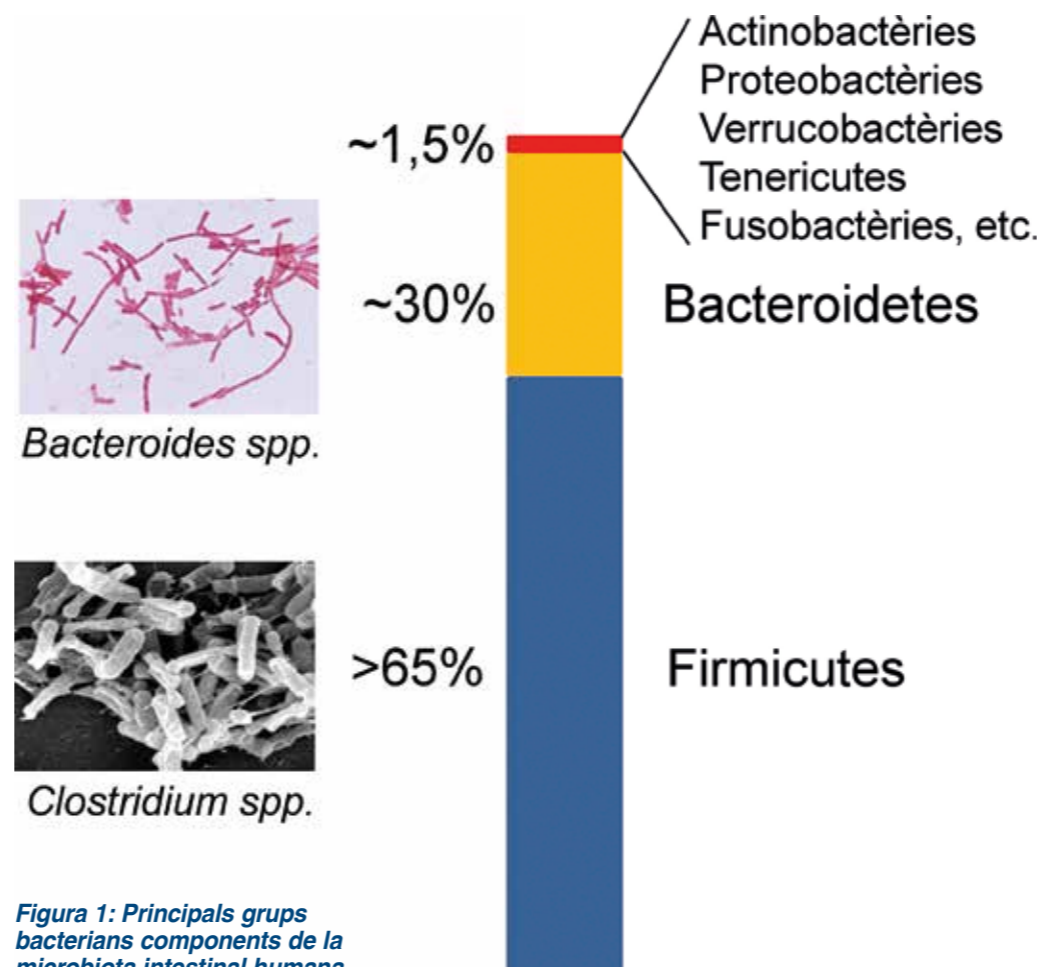


Figura 1: Principals grups bacterians components de la microbiota intestinal humana

demostren també la relació en direcció contrària, i així, per exemple, ratolins adults sotmesos a estrès per "disrupció social" (en altres paraules, per la presència de ratolins especialment agressius en la comunitat) mostren una diversitat bacteriana menor i un augment significatiu de proteobacteris si es compara amb ratolins control.

La majoria d'aquests estudis utilitzen models de ratolí i la intervenció sobre la microbiota intestinal es fa per diverses vies: amb animals lliures de gèrmens recolonitzats amb material fecal procedent d'altres animals o amb cultius bacterians de composició definida, o bé modificant la microbiota original dels animals amb probiòtics o amb tractament antibiòtic de llarga durada. Abans d'extrapol·lar les conclusions obtingudes amb aquests models animals als humans, però, hem de tenir presents les diferències significatives, tant en les regions corticals com en les subcorticals, entre el cervell humà i el del ratolí. No obstant això, considerant aquestes limitacions, es pot plantejar un esquema amb una relació bidireccional entre la microbiota intestinal i el cervell per tres vies (figura 2): (i) el sistema endocrí a través de l'eix hipotàlem-pituitària-adrenals, amb el cortisol, entre altres efectors, sobre l'epiteli intestinal; (ii) el sistema immunitari amb la participació de diversos tipus de citocines produïdes per cèl·

lules immunitàries intestinals; i (iii) el sistema nerviós, amb un protagonisme del nervi vague i de diversos precursors de neurotransmissors. Queda clar que a hores d'ara l'esquema sobre l'eix intestí-cervell està poc definit, i un dels reptes futurs és determinar els detalls sobre els mecanismes moleculars i cel·lulars que operen en aquesta relació bidireccional. Podem establir la hipòtesi que diverses hormones com el cortisol poden influir sobre les propietats de les cèl·lules de l'epiteli intestinal i sobre l'expressió per aquestes de receptors d'adhesines bacterianes, la qual cosa condiciona la composició de

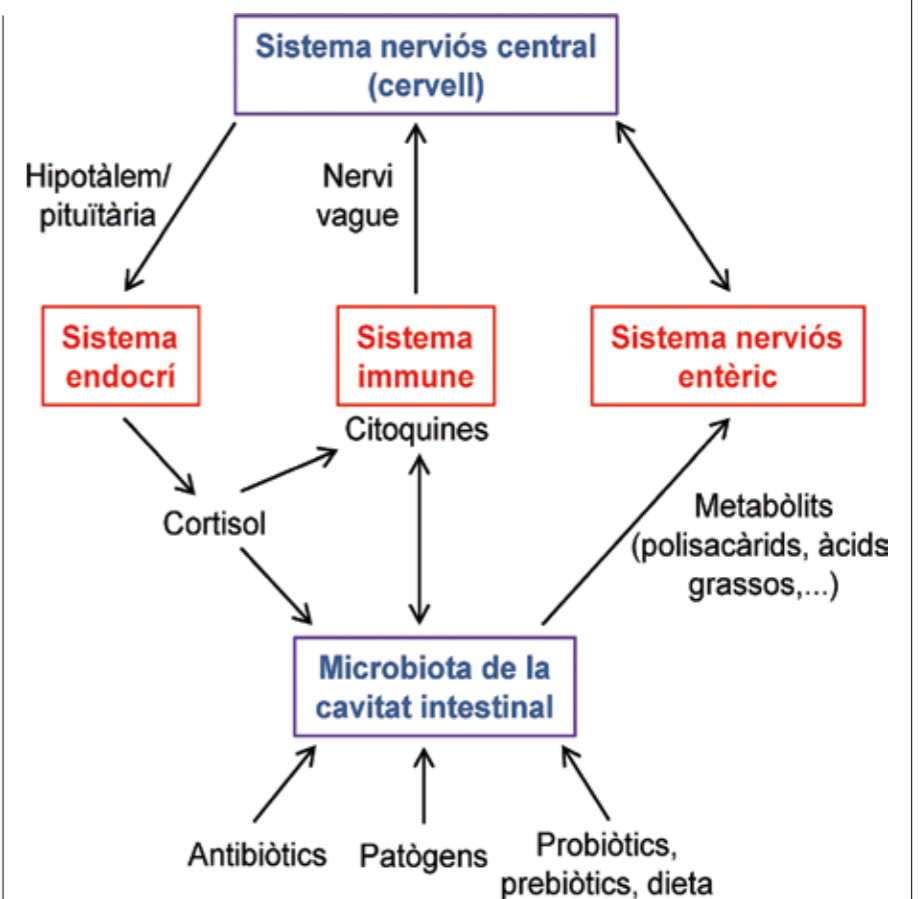


Figura 2: Interaccions entre el cervell i la microbiota intestinal, els seus mediadors i alguns dels factors que poden modificar-ne la composició

la microbiota. De la mateixa manera, components de la superfície bacteriana, com lipopolisacàrids o altres exopolisacàrids, o bé metabòlits com àcids grassos de cadena curta secretats pels bacteris, poden influir sobre la transmissió nerviosa, i és en aquest sentit que els probiòtics, pel fet que afecten la competència entre espècies i poden secretar metabòlits concrets, poden alterar la microbiota intestinal i la senyalització sobre el cervell. Però queda clar que hem de conèixer millor els mecanismes involucrats en l'eix intestí-cervell, si hi volem intervenir. Els reptes futurs no s'acaben aquí,

i potser caldrà desenvolupar altres models animals d'estudi més semblants als humans, com ara els porcs, així com determinar la influència de les diferències genètiques sobre l'eix microbiota intestinal-cervell. És important donar respostes científiques als interrogants existents i, sobretot, no deixar-ho en mans de la pseudociència.

Dr. Enric Herrero
Departament de Ciències
Mèdiques Bàsiques
Facultat de Medicina de la
Universitat de Lleida



Fundació GALATEA

PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>



Taller de cuina



Diagnòstic qualitatiu de mercat



Escola de salut al carrer



»»» Dia del Càncer de Mama

Projecte COMSalut a Cervera

Què és el Projecte COMSalut?

L'origen del nom prové de "Comunitat i salut". Es tracta d'una iniciativa amb què pretenem atendre els pacients amb una visió que tingui en compte totes les seves necessitats i oferir-los així activitats comunitàries que van més enllà del que podem oferir únicament a la consulta. Volem dir que estem incorporant una mirada comunitària a l'atenció a la salut.

També pretenem potenciar el treball en xarxa gràcies a la implicació activa del teixit comunitari, és a dir, mitjançant el paper de l'ajuntament, el consell comarcal, les escoles, el casal cívic, altres entitats socials i la mateixa població.

Per què és important el projecte?

La salut no l'entendem només com el fet de no tenir malaltia, sinó com un bé que va més enllà de la salut física i, per tant, que té en compte el benestar

La salut té en compte el benestar emocional i social de les persones

emocional i social de les persones. Cal recordar que el 80% dels factors que determinen la salut de les persones estan fora del sistema sanitari, i és aquí on cal incidir, per exemple, evitant la medicalització inadequada i les desigualtats socials i fent el sistema més equitatiu. Busquem arribar a tothom. Proposem buscar ajudes, alternatives i solucions més enllà de les que podem oferir a la consulta i des del punt de vista estrictament sanitari o assistencial.

Hem de procurar que tots, professionals i pacients, utilitzem els serveis de manera òptima i fem un bon ús dels

recursos assistencials.

És una oportunitat per eliminar definitivament aquelles activitats que no comporten cap benefici per a la salut i, en canvi, poden provocar efectes indesitjables, com alguns medicaments o les proves innecessàries i sense valor afegit.

No fèieu activitats de salut comunitària fins ara?

De fet, ja n'estàvem fent, però la salut comunitària tenia fins ara un caire de tipus altruista, de manera que alguns equips d'Atenció Primària promovien voluntàriament activitats per millorar la salut dels seus pacients.

Els professionals de la salut demanem des de fa temps que es reconegui aquesta tasca, i el Projecte COMSalut ha estat un punt d'inflexió en aquest sentit.

A partir de l'any 2015, aquestes activitats estan incloses a la cartera de serveis dels equips que participem al

projecte COMSalut i es reconeixen des de la Direcció del Servei Català de la Salut i el Departament de Salut.

Com es fa realitat el projecte?

Amb aquest projecte, els equips d'Atenció Primària, a més d'atendre problemes de salut, també participem de les activitats comunitàries que les entitats i les associacions de la població ja estan duent a terme o en proposem de noves, si cal.

D'altra banda, s'està treballant per conèixer la situació de la població de Cervera des de diversos aspectes per poder tenir una millor aproximació de les possibles necessitats i crear així noves activitats.

Quines són les accions que es preveuen?

El projecte inclou tant accions per prevenir malalties com promoure hàbits saludables i de protecció de la salut, com ara activitats per reduir el consum de tabac, augmentar la cobertura vacunal, la promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable per prevenir el sobrepès i l'obesitat, i accions per



Programa "Atrapa la salut"

» millorar l'estat emocional i la situació social dels nostres pacients.

Per què a Cervera?

De fet, no només s'està fent a Cervera, sinó que també es porta a terme aquesta fase inicial en setze ABS més de Catalunya.

Cervera va ser escollida per la seva llarga trajectòria en salut comunitària i la important xarxa de relacions que ja tenia creada a través de la Xarxa Units per la Salut (UPS).

Què és la Xarxa UPS?

Aquesta xarxa va ser creada l'any 2010 i és un espai de coneixement i coordinació dels agents comunitaris responsables de la salut a la comarca de la Segarra, molts d'ells fora del sistema sanitari, tal com ja hem comentat, que s'uneixen per sumar capacitats i recursos, recollir i difondre informació a través de la seva pròpia pàgina web i facilitar així la participació ciutadana, factor essencial en aspectes relacionats amb la salut: www.xarxaups.cat.

Quines entitats participen a la Xarxa?

Les diferents administracions i entitats que avui dia en formen part són el CAP de Cervera, l'Agència de Salut Pública de Catalunya, el Consell Comarcal de la Segarra (Joventut i Esports i Acció Social i Ciutadania), la Paeria de Cervera (Serveis Social, Esports, Joventut i Salut, Educació), el Consell Esportiu de la Segarra, Creu Roja, Càritas, Associació de Familiars de Malalts d'Alzheimer, Associació Salut Mental Ondara-Sió, els Serveis Educatius, el Casal de la Gent Gran, els Donants de Sang de la Segarra, l'Associació DIS-SE, Activitats Aquàtiques Natació

Cervera i la junta local de l'Associació Espanyola Contra el Càncer.

De tota manera, es tracta d'una xarxa oberta a noves incorporacions.

Qui participa en el projecte?

Hem format un grup motor inicial que inclou professionals de l'Institut Català de la Salut, l'Agència de Salut Pública de Catalunya i de la Paeria. Aquest grup s'ha d'anar ampliant per poder aconseguir els objectius de forma conjunta. En aquest sentit, en breu s'hi incorporarà una representant de l'Agrupació d'Usuaris de la Sanitat de la Segarra. Aquest projecte no té sentit sense la participació de la població, perquè volem treballar amb ells i no només per a ells.

En què esteu treballant ara?

L'any passat vam elaborar un informe de salut per conèixer la realitat en salut de Cervera. Per elaborar-lo, vam recollir dades quantitatives i qualitatives a través d'enquestes, grups focals i el mapatge d'actius en salut. A partir d'aquí, vam fer una jornada de prioritització oberta a la ciutadania, en què es va tractar principalment el problema de la salut mental en joves (<http://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/20180412-Jornada-ComSalut-Cervera>).

En aquest moment estem treballant, doncs, en aquest problema.

El que primer hem fet és establir un contacte amb totes les entitats i els organismes que tractaven aquest tema per posar-nos en coneixement i intentar treballar coordinadament. Al setembre, farem una trobada amb més de 40 entitats/institucions relacionades amb salut mental i joves. Està previst fer una dinàmica per determinar les

necessitats d'aquest col·lectiu que ens siguin d'utilitat a tots i totes per tal de definir millor les estratègies d'actuació i crear-ne de noves, si és necessari.

Paral·lelament, el COMSalut ens ha portat a seguir treballant en xarxa i de manera coordinada amb la resta d'agents de la comunitat. En aquesta línia, hem creat recentment la Taula de Mutilació Genital Femenina; hem iniciat noves activitats, com l'Escola de Salut, que pretén augmentar els coneixements en salut de la població per millorar la seva autonomia i capacitat de decisió, i estem implementant la prescripció social a l'ABS; hem seguit fent les activitats per incidir en els estils de vida saludable, com els cicles de caminades, que estan funcionant de manera autònoma i des de fa anys a Cervera amb *Camina i fes salut i Salut i amistat*, amb els grups de gimnàstica supervisada *Atrapa la salut* i amb PAFES, el programa *Activa't a casa* per fer reforç cognitiu en la gent que té dificultats per sortir de casa, i la resta de programes institucionals, com el Salut Escola, Nereu, Consulta Tabac, Grups de Sol Pelvià, Consulta Jove...

Dra. Àngels Molló Iniesta
Metgessa de Família i Comunitària
ICS. CAP Cervera

Pilar Martínez Bertholet
Triballadora social. ICS. CAP Cervera

Sara Ribera Freixes
Infermera. ICS. CAP Cervera

Marta Vilalta Pérez
Infermera. ICS. CAP Cervera

Francesc CasadesúsPuigoriol
Veterinari. ASPCAT

Arseni López Vilardell
Tècnic de l'Ajuntament de Cervera
Tothom forma part de l'equip motor COMSalut Cervera

Berrugues genitals (condilomes acuminats)

Berrugues anogenitals (BAG) i condilomes acuminats (CA)

Són lesions cutànies benignes causades pels PVH, principalment serotipus 6, 11, 16 i 18. Es presenten com a pàpules del color de la pell o hiperpigmentades, papil·lomatoses, localitzades en els genitals externs (figures 1-3), períneu, plecs engonals o intergluti regió perianal, des d'on es poden escampar a la vagina, la uretra, el cèrvix i el recte. Mesuren habitualment pocs mil·límetres, però, per confluència, poden formar grans masses tumorals exofítiques (figura 4). De vegades adopten la forma d'una cresta de gall i reben el nom de condilomes acuminats.

La seva prevalença és de l'1% entre la població de 15 a 49 anys^{1,2}. S'estima que més del 50% de les persones sexualment actives han estat infectades per PVH en algun moment de la seva vida i han patit una infecció subclínica detectable amb el test de l'àcid acètic al 3% i dermatoscòpi o colposcòpi, malgrat que la majoria de vegades només es pot detectar amb tècniques de biologia molecular³. Solament el 10-15% dels infectats desenvoluparan BAG.

Molts cops són molestos i produeixen *distress* psicològic. S'adquireixen per transmissió sexual després d'un període d'incubació que va des de les 2-4 setmanes fins als 6-9 mesos. El curs clínic és indolent. Els pacients immunocompetents tenen tendència a l'autoinvolució en mesos o anys, i en un 30% dels casos desapareixen espontàniament⁴ per efecte de la immunitat. Tenen un elevat grau de contagi. El 60% dels contactes d'una persona infectada adquireixen la infecció amb una sola relació sexual. Podeu veure imatges de condilomes acuminats a dermatoweb/atles/c/condilomesacuminats.

Les BAG en el nen són rares. En el 50% dels casos, es contrauen en el moment del naixement per contagi en el canal del part. De vegades es poden autoinocular de berrugues vulgares d'una altra localització. En alguns casos s'ha d'avaluar la possibilitat d'abús sexual i valorar el comportament del nen i els familiars durant la consulta.

Abans d'iniciar el tractament, s'han de tenir en compte algunes consideracions (taula 1). Les tècniques ablatives es veuen com a més efectives que els tractaments tòpics⁵.

Tractament mèdic

1. Resina de podofil·lí al 10-25%

S'extreu d'una planta de la família *Podophyllum*. Atès que penetra amb difi-

cultat quan la capa còrnia és gruixuda, aquest tractament és més efectiu sobre la pell fina genital i les mucoses. S'ha d'emprar amb molta cura. És un càustic que pot produir una irritació important i fins i tot pot causar toxicitat sistèmica (ili paralític, citopènies, polineuritis, coma) si s'absorbeix en quantitats suficients. No s'ha d'emprar en superfícies de més de 10 cm² durant un temps perllongat i està contraindicat en l'embaràs. Es recomana que sigui aplicat pel metge a la consulta, malgrat que amb una bona explicació oral i per escrit, si el pacient és col·laborador, pot autoaplicar-se'l ell a casa (taula 2).

Amb el podofil·lí s'aconsegueixen curacions superiors al 80%⁶. Tot i que és un tractament que ha quedat antiquat per la manca d'estandardització, nosaltres el seguim utilitzant en casos resistents.

2. Podofilotoxina (Wartec®)

Principi actiu de la resina de podofil·lí, de la qual és un derivat purificat. És un antimitòtic d'aplicació fàcil, amb menys penetració, menys irritant però també menys potent. Es comercialitza en crema al 0,15% i en solució, al 0,5%. S'aplica 2 cops al dia durant 3 dies i se'n descansa 4. El mateix cicle es pot repetir durant 4 setmanes (o fins que desapareguin els CA). L'àrea total que cal tractar no ha de sobrepassar els 10 cm². La primera sessió es pot fer a la consulta per comprovar que el pacient s'aplica bé el producte. Pot produir dolor lleu o moderat. Categoria C en l'embaràs.

En un estudi recent, la solució de podof-

filotoxina 0,5% va ser el tractament tòpic més efectiu. Si les berrugues no desapareixen es pot combinar amb làser CO₂ o amb altres tractaments ablatius com la crioteràpia o l'electrocoagulació.

3. Àcid tricloroacètic (ATA)

És un agent càustic que destrueix els condilomes per coagulació química de les proteïnes. S'ha d'aplicar amb cura, perquè pot necrosar la pell sana. És menys irritant i causa menys toxicitat sistèmica que el podofil·lí. S'utilitza en concentracions del 40-90% (taula 3). És més efectiu en condilomes petits⁸. El tractament es repeteix setmanalment fins que desapareixen els condilomes. Com en el cas del podofil·lí, és preferible que l'apliqui el facultatiu a la consulta, però en cas de pacients col·laboradors, es podria autoaplicar a casa. Categoria C durant l'embaràs.

4. 5-fluorouracil (5-FU)

Citotòxic que interfereix en la síntesi del DNA i del RNA bloquejant la metilació de l'àcid deoxiuridílic i inhibint la timidilat-sintetasa, la qual cosa impedeix la proliferació cel·lular i el creixement. En dermatologia, s'utilitza principalment en el tractament de les queratosis actíniques. Es considera un tractament de segona línia de les berrugues anogenitals i vaginales. Se'l pot aplicar el pacient mateix 1-3 cops a la setmana, vigilant que no toqui la pell sana perilesional, durant 3-4 hores i, posteriorment, cal rentar amb aigua i sabó. S'ha de protegir la pell sana amb roba de cotó perquè aquesta no es cremi. En els casos resistents, també es pot fer tractament en cura oclusiva amb plàstic, però el risc de cremada càustica és més elevat. La dosificació s'ajusta segons la tolerància, el grau d'irritació i la resposta. El 5-FU està contraindicat en l'embaràs.

En una revisió sistemàtica que inclou sis assajos controlats i a doble cec amb un total de 988 pacients (645 dones i »



Figura 1. Condilomes a la tija del penis

343 homes, el 5-FU va donar un resultat millor que placebo o no tractament (RR 0,39, IC 95% 0,23-0,67), que l'àcid metacresol-sulfònic (RR 2,11, IC 95% 0,83-5,37) i que el podofil·lí 2%, 4% o 25% (RR 1,26, IC 95% 0,86-1,82)⁹.

5. Imiquimod crema 5% (Aldara®, Immunocare®) o gel 3.5% (Zyclara®)

És un estimulador tòpic de la resposta immune cel·lular. No té activitat antiviral directa, però indueix l'alliberament de citocines proinflamàtores com l'interferó, el factor de necrosi tumoral i les interleucines 1, 6 i 8, per un mecanisme no gaire ben conegut. S'utilitza en el tractament de les queratosis actíniques i també en les BAG. Sembla que és més efectiu en la dona. S'aplica en dies alterns (3 dies/setmana, per exemple, dilluns, dimecres i divendres) i s'ha de rentar amb aigua i sabó a les 6-10 hores. El principal avantatge és que se'l pot aplicar el pacient mateix. Segons la fitxa tècnica, no s'ha d'aplicar més de 16 setmanes. S'ha de suspendre en cas d'inflamació intensa. Categoria C de l'embaràs.

En una revisió de la base Cochrane, es van analitzar deu estudis aleatoritzats i controlats (1.734 pacients) dels quals sis estaven patrocinats per la indústria i, per tant, el risc de biaix era alt. Es va detectar, amb evidència de qualitat molt baixa, que imiquimod era superior a placebo (RR



Figura 2. Condilomes al gland i solc balano-prepucial

4,03, IC 95% 2,03-7,99; RR 2,56, IC 95% 2,05-3,20)¹⁰.

6. Pomada de sinecatequines al 15% (Veregen®)

Extracte de te verd, s'aplica 3 cops al dia (0,5 cm a cada berruga) amb el dit per assegurar que la berruga quedi coberta amb una capa fina de pomada fins que desapareix completament, durant un màxim de 16 setmanes¹¹. Pot produir eritema, edema, cremor, dolor

i ulceració. Seguretat durant l'embaràs, classe C.

Nosaltres no tenim experiència amb aquest fàrmac.

Tractaments quirúrgics

Poden realitzar-se a la consulta i inclouen criocirurgia, electrocoagulació, extirpació simple (amb cureta, tisores o bisturi) i laserteràpia.

Taula 1. Consideracions que cal tenir en compte en el tractament dels condilomes

- Un elevat percentatge de les parelles poden tenir infecció subclínica

- Aplicació del protocol de seguiment d'una MTS:

- 1) Interrogatori dirigit i exploració general, oral i anogenital detallada, incloent-hi espècul a la dona
- 2) Sol·licitar serologies de sífilis, VIH, VHC i VHB
- 3) Localització de contactes dels darrers sis mesos
- 4) Informar sobre mesures preventives (evitar conductes de risc i emprar preservatius)

- Els HPV serotips 16 i 18 s'han relacionat amb el càncer anogenital, especialment carcinoma de cèrvix (cal fer un examen ginecològic anual amb test de Papanicolaou)

- Si una pacient té condilomes durant l'embaràs, es recomana part per cesària (risc de papil·lomatosis laringia del nadó)

- Abstinència sexual fins a uns tres mesos després de curades les lesions

Taula 2. Resina de podofil·lí al 10-25% en tintura de benjuí

1. Netejar amb aigua i sabó la superfície a tractar

2. Protegir la pell sana perilesional amb vaselina o pasta Lassar

3. Pinzellar els condilomes amb la solució de podofil·lí sense que toqui la pell sana

4. Esperar que s'eixugui i tancar posteriorment amb gasa per evitar que el podofil·lí s'escampi a la pell sana

5. Tractar en dies alterns

6. Deixar actuar 30 minuts les dues primeres aplicacions i doblar el temps posteriorment segons la tolerància del pacient, amb un màxim de 8 hores. Rentar bé amb aigua i sabó

8. No tractar en un sol tractament superfícies de més de 10 cm²

1. Criocirurgia (crioteràpia)

És una de les primeres opcions terapèutiques (nivell d'evidència I)¹². S'utilitza el nitrogen líquid (-196°) aplicat amb pistola (taula 4). És dolorós, per tant, de vegades s'administra sota anestèsia local. També pot provocar necrosi. Es pot fer una sessió setmanal fins que remetin les lesions. Sol ser un tractament dolorós i pot produir ampolles i deixar cicatrius residuals. Es pot utilitzar durant el segon i el tercer trimestre de l'embaràs. Destruïx la berruga per una citòlisi tèrmica.

En les BAG, nosaltres utilitzem de forma rutinària crioteràpia mensual o bimensual combinada amb l'autoaplicació de podofil·lotoxina en solució o crema 3 dies/setmana.

2. Electrocoagulació i curetatge

Està indicat en CA recalcitrants. És un dels tractaments més efectius. En una sola sessió es poden eliminar gairebé

9. Repetir el tractament fins que els condilomes desapareguin (1-3 mesos)

10. En cas d'irritació intensa, s'ha de suspendre el tractament fins que la irritació desaparegui i tornar a aplicar novament

Taula 3. Àcid tricloroacètic (ATA)

1. Fregar una mica la pell amb sèrum per retirar la part del condiloma necrosat pel tractament de la setmana anterior

2. Protegir la pell sana amb vaselina o pasta Lassar

3. Pintar els condilomes amb la solució d'àcid tricloroacètic evitant que toqui la pell sana

4. Esperar que s'eixugui i espolsar amb bicarbonat per neutralitzar l'àcid sobrer

5. Passades 4 hores, cal rentar bé amb aigua i sabó. Repetir el tractament setmanalment fins que desapareguin els condilomes⁷. En cas d'irritació intensa, descansar 2 o 3 dies i reaplicar

Taula 4. Tractament dels condilomes amb crioteràpia

1. Realitzar diverses polvoritzacions seguides, de 2-3 segons cadascuna, fins a aconseguir que es congelin uns 2-3 mm de pell sana perilesional². Esperar que el condiloma es descongeli

3. En cas de condilomes grans, es pot repetir l'operació 2 o 3 vegades per sessió⁴. Pot realitzar-se una nova sessió després d'1 o 2 setmanes⁵. Advertir el pacient:

- a. El nitrogen és dolorós. De vegades, és preferible aplicar anestèsia local, especialment si es tracta de lesions grans. El dolor pot persistir durant unes hores i alguns pacients necessiten prendre analgèsics
- b. El nitrogen produeix un important edema a la pell i sol causar necrosi. La higiene diària és molt important per evitar les sobreinfeccions⁶. Fer servir amb cura la crioteràpia a la zona del clitoris, la regió perianal i el gland, on pot deixar cicatrius retràctils

totes les lesions i arribar a un 65-85% de curacions. Es fa sota anestèsia local i amb una cauterització superficial per no deixar cicatrius. Es pot complementar amb curetatge. Aquest tractament es pot emprar en embarassades.

3. Làser

Els làsers de CO₂ i el de colorant polsat són mètodes efectius per al tractament de les berrugues genitals per la seva precisió i rapidesa. Pot emprar-se durant l'embaràs.

4. Extirpació quirúrgica

Per a lesions molt voluminoses perianals o perivulvares que no responen als tractaments anteriors. Té l'avantatge que es poden eliminar totes les lesions en una sola visita, però és una tècnica que requereix entrenament. Les berrugues es poden treure per afaitat tangencial i l'hemostàsia s'aconsegueix amb solució de clorur d'alumini o amb electrocauterització. Cal anestèsia local, general o

raquianestèsia. Està especialment indicat en cas que hi hagi moltes lesions.

Vacuna

Disposem de dues vacunes per a la prevenció del PVH, la tetravalent i la bivalent, que es recomanen de rutina per a noies d'11 i 12 anys. La tetravalent es pot administrar també en nois de 9 a 26 anys i és eficaç en la prevenció de les berrugues genitals i el càncer cervica l(1). Actualment s'està assajant, amb bons resultats, una vacuna 9-valent que cobreix no només els 4 serotips que causen habitualment els CA (6, 11, 16 i 18), sinó també cinc serotips oncogènics més (31, 33, 45, 52 i 58)¹³.

Dr. J.M. Fernández, Dr. R. Aguayo i Dr. J.M. Casanova

Servei de Dermatologia Hospital Universitari Arnau de Vilanova

BIBLIOGRAFIA

1. Lopaschuk CC. New approach to managing genital warts. Can Fam Physician. 2013;59:731-6.
2. Karnes JB, Usatine RP. Management of external genital warts. Am Fam Physician. 2014;90:312-8.
3. W Buck H Jr. Warts (genital). BMJ Clin Evid. 2010 August 13; 2010. pii: 1602.
4. Grillo-Ardila CF, Angel-Müller E, Salazar-Díaz LC, Gaitán HG, Ruiz-Parra AI, Lethaby A. Imiquimod for anogenitalwarts in non-immunocompromised adults. CochraneDatabaseSyst Rev. 2014;(11):CD010389.
5. Hauk L. CDC Releases 2015 Guidelines on the Treatment of Sexually Transmitted Disease. Am Fam Physician. 2016;93:144-54.
6. Von Krogh G. Topical treatment of penile condylomata with acuminata with podophyllin, podophyllotoxin and colchicine. A comparative study. Acta Derm Venereol. 1978;58:163-8.
7. Thurgar E, Barton S, Karner C, Edwards SJ. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2016;20:1-486.
8. Taner ZM, Taskiran C, Onan AM, Gursoy R, Himmetoglu O. Therapeutic value of trichloroacetic acid in the treatment of isolated genital warts on the external female genitalia. J Reprod Med. 2007;52:521-5.
9. Batista CS, Atallah AN, Saconato H, da Silva EM. 5-FU for genital warts in non-immunocompromised individuals. CochraneDatabaseSyst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD006562.
10. Grillo-Ardila CF, Angel-Müller E, Salazar-Díaz LC, Gaitán HG, Ruiz-Parra AI, Lethaby A. Imiquimod for anogenitalwarts in non-immunocompromised adults. CochraneDatabaseSyst Rev. 2014;(11):CD010389.
11. Gupta AK, Daigle D. Sinecatechins 10% ointment: a green tea extract for the treatment of external genital warts. Skin Therapy Lett. 2015;20:6-8.
12. Anogenitalwarts. A MMWR. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015;64:86-93.
13. Van Damme P, Meijer CJ, Kieninger D, Schuyleman A, Thomas S, Luxembourg A, Baudin M. A phase III clinical study to compare the immunogenicity and safety of the 9-valent and quadrivalent HPV vaccines in men. Vaccine. 2016;34:42.



Figura 3. Condilomes vulvars



Figura 4. Condilomes perianals

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, su ingesta 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 también 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 ha estudiado la comunidad científica. Hoy sabemos que es uno de los constituyentes esenciales de 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,

El colágeno en los mamíferos cubre un 25% de la masa total de proteínas

Se corresponde aproximadamente al 7% de masa corporal

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. 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 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%. 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; del 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 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 prolil 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 a la aparición durante la adolescencia de cuernos occipitales óseos.

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

Con nuestra dieta, hemos de suministrar al organismo los nutrientes que necesita, en cantidad y calidad, para que el metabolismo funcione en óptimas condiciones

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 de tersura en la piel, caída de cabellos y uñas, dolores articulares y musculares, deterioro de la vista, y 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, osteoartritis, espondilitis anquilosante, tendinitis y bursitis, fibromialgia, osteoporosis, rotura de ligamentos, caída del cabello, 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, pasar a la sangre y luego utilizarse en los órganos. Como todas las proteínas, tiene que hidrolizarse en el tubo digestivo por acción de los enzimas proteolíticos hasta convertirse en aminoácidos simples. En el caso del colágeno, como hemos visto, básicamente prolina, lisina y glicina. 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? 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 sí 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 de origen vegetal (cereales, legumbres, frutos secos: todos ellos contienen proteínas llamadas “de bajo valor biológico”, es decir, pobres en aminoácidos esenciales) y de origen animal (carnes, pescado, huevos y lácteos, todos ellos con proteínas de elevado valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales). La razón de ello es que las diferentes proteínas de estos alimentos tienen distintas proporciones de aminoácidos. No todas

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	Filtro 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 hipertrófico 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		

las proteínas son iguales y casi ninguna contiene todos los aminoácidos ni la proporción adecuada de ellos. Por ejemplo, el colágeno solo contiene una 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 es aquella que nos proporciona todos los aminoácidos y en la que la proporción de aminoácidos esenciales/no esenciales se acerca 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, bisonte, 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 utilizan 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 la 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?lng=ES&Expert=75840.
 PDB Community Focus: Julian Voss-Andrae, 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-Andrae 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.actaodontologica.com/ediciones/1998/1/enfermedades_asociadas_disfunciones_delcolageno.asp.



La millor foto de la meva jubilació

 MutualMedica  @MutualMedica

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

Gran avantatge fiscal!

100% | Reducció de les
Aportacions en l'IRPF

Per sempre!

2,30% | Interès Brut Anual Garantit
fins a Venciment

ASSEGURANÇA DE JUBILACIÓ ESTALVI FISCAL 105



MutualMedica

La Mutualitat dels Metges

Només fins al 31 de desembre o fins que se n'exhaureixi l'emissió