

Artículos Breves. Mes de Mayo 2007

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad que pensamos es oportuno conocer.

Indice:

- 1.- La vacuna del HPV en campaña (electoral). Rogelio Altisent Trotta
- 2.- OMS: los órganos para trasplantes se donan, no se venden
- 3.- Una relación adecuada con el psiquiatra puede mejorar la adherencia al tratamiento. Entrevista a Jose Manuel Montes, del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares.
- 4.- Médicos belgas practican la eutanasia clandestina a bebés con minusvalías.
- 5.- Atención Primaria de Salud propone crear un médico de enlace para dolencias raras
- 6.- Sentencia del Supremo de EEUU marca un punto de inflexión para el aborto
- 7.- Una nueva píldora anticonceptiva reabre el debate sobre el final de la menstruación ¿Tomaría una píldora para no tener la regla?
- 8.- El confuso retrato de las Urgencias médicas
- 9.- El médico de AP no está preparado para incorporar el testamento vital a su consulta
- 10.- El Parlamento Europeo aprueba la nueva norma que hace más seguros los medicamentos de terapia avanzada
- 11.- Las peticiones para despenalizar la eutanasia “se cuentan con los dedos de las manos”, según representantes del colectivo médico

1.- La vacuna del HPV en campaña (electoral). Rogelio Altisent Trotta

Blog: En los pasillos de la Bioética. Diario Médico 09/04/2007.

El BMJ acaba de publicar un interesante reportaje cuyo título nos sitúa en la gran duda que planea sobre la generalización de esta nueva vacuna en un país desarrollado: Life saving treatment or giant experiment?

La vacuna asegura protección frente a la infección por cuatro cepas de papilomavirus: 16 y 18 (genotipos de alto riesgo en la producción de cáncer cervical al que se atribuyen la producción del 70% de los casos); 6 y 11 (genotipos responsables del 90% de los casos de verruga genital). Se trata de prevenir una infección de transmisión sexual, por lo cual su efectividad requiere que la vacuna sea administrada a las niñas antes de la pubertad.

El inicial entusiasmo con que se recibió esta vacuna se está matizando por algunas reflexiones más reposadas. El coste de las tres dosis que se requieren es de 280 euros, por otro lado no está clara la duración de la protección que confiere y si se precisan dosis de recuerdo.

En USA algunos Estados han promovido su obligatoriedad en la escuela, en medio de controversias públicas sobre conflictos de intereses de sus promotores, y sobre el derecho de los padres a dar el adecuado consentimiento. En Australia se pondrá en marcha una campaña masiva financiada por el gobierno, Canadá ha incluido presupuestos para su financiación, el Reino Unido está dudando sobre su financiación pública. En España, se está pensando la incorporación al calendario vacunal, pero con la amenaza de una campaña electoral que puede hacer perder los nervios...

Algunos expertos han recordado que los países que verdaderamente se beneficiarían de la vacuna son aquellos que no tienen red sanitaria para realizar citología vaginal a las mujeres, que son precisamente los que no tienen posibilidades de pagarla. Y por el contrario, paradójicamente, se podrán pagar esta vacuna aquellas mujeres que no tienen problemas de acceso a la prevención del cáncer cervical.

La promoción de una vacunación masiva de las niñas en la escuela de nuestro país y su financiación pública requiere, en mi opinión, responder previamente algunas cuestiones:

- La duración de la inmunidad y las dosis de recuerdo que serán precisas para mantener la protección.
- El coste de oportunidad de la intervención, teniendo en cuenta la actual alternativa de detección precoz mediante citología.
- El riesgo de falsa seguridad que puede transmitir la vacunación que podría bajar la guardia en la cultura preventiva del cáncer en la mujer.

Esperemos que los partidos políticos no se lancen en una de estas clásicas carreras de promesas donde tan fácil es hacer demagogia. Puede ser el momento de recordar lo que dice el Código de Ética y Deontología Médica en su Artículo 6: El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento optimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

2.- OMS: los órganos para trasplantes se donan, no se venden

La OMS quiere una regulación mundial para evitar la escasez y el comercio de órganos

El Mundo, 11-04-2007.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha presentado una guía de principios para regular la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos humanos. La falta de una regulación clara en este tema ha provocado abusos en algunos países por el tráfico comercial de órganos y el "turismo para trasplantes".

En la rueda de prensa en la que se presentó la nueva guía, Howard Zucker, del departamento de tecnología sanitaria de la OMS, declaró que "los órganos no

son piezas de recambio. Nadie puede poner precio a un órgano que va a salvar la vida de otra persona".

Estudios sobre el "turismo para trasplantes" estiman que estas prácticas suponen el 10% del total de trasplantes realizados.

Entre los principios que ha recogido la OMS destacan los siguientes: 1) centralidad de la persona humana, que debe ser respetada en su integridad, ya sea receptora o donante; 2) prohibición de la explotación comercial de órganos, pues se trata de una práctica que niega el acceso equitativo a los necesitados de trasplante; 3) promover la donación de órganos de donantes fallecidos, para evitar riesgos en la salud de los donantes vivos; y 4) la seguridad, la calidad, la eficacia y la transparencia han de regir todas las prácticas de donación y trasplante de órganos.

"Las donaciones en vida no carecen de riesgos, tanto si se paga por ellas como si no", explicó el doctor Luc Noel, responsable de la división de trasplantes de la OMS. "El donante tiene que ser objeto de un seguimiento médico, que a menudo falta cuando se le ve como un medio para sacar un beneficio".

La OMS creará un observatorio llamado Global Forum on Transplantation cuyo fin es ayudar a aplicar programas de trasplante en los países menos desarrollados. Además, este observatorio redactará un código internacional para regular la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos.

Otra medida aprobada por la OMS es la creación del Registro Mundial de Trasplantes de Órganos, con sede en Madrid. España es el país con mayor número de donantes por cada millón de habitantes (33,8), muy por delante de Estados Unidos (25,1) y de la media de la Unión Europea (18). Esta es la razón por la que se ha escogido a España para albergar el nuevo registro.

Según la OMS, cada vez más el trasplante empieza a ser visto como la mejor solución ante el fallo irrecuperable de un órgano. Un estudio realizado por la organización en 98 países revela que el órgano más buscado para trasplantes es el riñón: en 2005 se trasplantaron 66.000 riñones, lo que supone solamente el 10% de la demanda. En el mismo año, se trasplantaron 21.000 hígados y 6.000 corazones.

Los datos muestran también que en los países desarrollados y en los de economías emergentes se realizan el 60% de los trasplantes de riñón, y el 65% de los de hígado y de los de corazón.

El tráfico comercial de órganos es especialmente grave en China, donde se han vendido órganos de reos ejecutados. La venta de óvulos para los tratamientos de las clínicas de reproducción asistida en los países occidentales alimenta también un tráfico internacional.

En Ucrania, por ejemplo, se paga a las mujeres una media de 300 dólares por "donación" de óvulos, para lo cual se someten a veces a fuertes estimulaciones ováricas, que pueden ser peligrosas.

En Chipre, las clínicas de fecundación artificial, que mantienen lazos con otras de Estados Unidos y Gran Bretaña, cuentan con mujeres de países del este europeo para obtener óvulos. En España las clínicas de reproducción asistida pagan hasta 900 euros por las molestias a las donantes de óvulos.

3.- Una relación adecuada con el psiquiatra puede mejorar la adherencia al tratamiento

Madrid, 12 abril 2007 (AZprensa.com)

Si en todos los casos la relación médico paciente es muy importante, lo es todavía más en el caso de los pacientes psiquiátricos, ya que cada uno de ellos debe de ser tratado conforme a sus propias necesidades. Así lo explica el psiquiatra Jose Manuel Montes, del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares en esta entrevista con AZprensa.

Con motivo de la celebración de las jornadas “Manejo Global de los Pacientes en el ámbito del Centro de Salud Mental”, AZprensa ha entrevistado al doctor Jose Manuel Montes, psiquiatra del Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid).

¿Qué opina de las jornadas sobre el manejo global de los pacientes en el ámbito del centro de salud?

Creo que es una buena iniciativa ya que realmente hay que reconocer que los tratamientos farmacológicos nos han permitido avanzar mucho en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y con trastorno bipolar (TB), pero permaneciendo una serie de aspectos que no son cubiertos totalmente por el tratamiento farmacológico, pero que el propio tratamiento farmacológico al haber mejorado, nos permite poder llegar a pensar que se puede actuar sobre ellos y trabajar en estos aspectos cognitivos del paciente para terminar de mejorar todos los aspectos que involucra la enfermedad para permitirle tener una vida mucho más integrada en la normalidad.

¿Cuáles son en su opinión las principales necesidades sin cubrir en la enfermedad mental?

En lo que se refiere a la esquizofrenia, las necesidades que no están cubiertas son la utilización de fármacos eficaces en la mejora de aspectos cognitivos que permitan una reintegración social y más completa del paciente esquizofrénico.

En cuanto al trastorno bipolar las necesidades que no están cubiertas están también en la línea de alteraciones cognitivas, y en realizar también una labor de psicoeducación que ha demostrado que el paciente bipolar puede mejorar por sí mismo en la evolución de la enfermedad.

¿La visión que tienen de estas necesidades los pacientes y familiares difiere de la del médico?

Ellos tienen una visión de que todavía hay un amplio sector sanitario que no cubre adecuadamente los aspectos psicosociales de la enfermedad. Realmente estos son los aspectos cruciales que entiendo que quedan por cubrir, los relativos a los aspectos psicosociales. Cada vez se va avanzando más, pero indudablemente, a pesar de todos los esfuerzos que se ponen en buscar dispositivos adecuados para que los pacientes mejoren, quedan aspectos cuyo rendimiento hay que mejorar para permitir la integración de los pacientes de una manera completa.

¿La relación médico-paciente en la enfermedad mental tiene alguna característica especial?

Sin duda. Si en el resto de la medicina debe ser una relación muy estrecha y que permita el conocimiento de los pacientes desde un punto de vista psicosocial, no solamente desde el punto de vista médico, en psiquiatría esa relación es especialmente relevante, porque aquí el aforismo de que hay enfermos y no enfermedades, se cumple de una manera mucho más clara y hay que tratar a cada enfermo conforme a sus propias necesidades.

Cada enfermo siente la enfermedad de una manera distinta y aquí confluyen los distintos aspectos, lo social influye en la afectación biológica y lo psicológico también. Hay todo un entramado que es muy necesario cubrir para asegurarnos la evolución más positiva del paciente.

¿En qué sentido influye la relación médico-paciente en la adherencia al tratamiento?

La adherencia al tratamiento es un tema muy debatido en el que influyen multitud de factores, desde la propia conciencia de la enfermedad que no es total ni mucho menos en los pacientes y que es parte integrante de la propia enfermedad mental, tanto en la esquizofrenia como en el trastorno bipolar, hasta los efectos secundarios de los fármacos.

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en el que influyen muchos factores y, sin duda, algo que puede hacer mejorar esa adherencia es la adecuada relación que exista con el psiquiatra y el personal sanitario en general, pero también tiene que ver con que se cubra bien la psicoeducación necesaria para que el paciente conozca lo que es la enfermedad, conozca los síntomas y conozca que la medicación, a pesar de que pueda tener efectos secundarios, a la larga le va a ser mucho más beneficiosa.

¿Qué se entiende por “counselling” en psiquiatría?

Counselling es todo aquello que el médico realiza sobre el paciente, sin llevar a cabo una terapia específica siguiendo una línea teórica concreta, sea cognitiva, conductual, psicoanalítica, etc., asesorándole sobre aspectos de su propia enfermedad, aconsejando qué medidas pueden ser útiles..., en definitiva sería la psicoterapia que está implícita en cualquier acto médico y que con el

conocimiento que el médico tiene de la enfermedad puede ayudar al paciente a sobrellevarla y a poder desarrollar su vida con una mayor normalidad.

¿Qué significa y que implicaciones tiene el manejo global del paciente?

Manejo global sería considerar todos sus aspectos, no solo el aspecto de la enfermedad desde un punto de vista biológico, sino todo lo que el paciente trae y que influye en su propia enfermedad, al igual que la enfermedad está influyendo en su vida.

El manejo global implica los aspectos más psicosociales de la enfermedad, sin que esto suponga una merma también en los aspectos más clínicos, por ejemplo, los derivados en algunas ocasiones del tratamiento, que van a conllevar una serie de alteraciones metabólicas, aumento de peso..., que pueden ser una rémora para el paciente y que pueden perjudicarle en el objetivo que perseguimos que es la reintegración social y la integración más completa del paciente.

¿Qué ha supuesto la introducción de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la enfermedad mental?

Sin duda ha supuesto una mejora muy importante, ya que presentan una menor incidencia de efectos adversos, sobre todo de índole extrapiramidal que presentaban en un alto porcentaje los antipsicóticos clásicos. También son fármacos que tienen una mayor eficacia sobre los síntomas negativos, en el caso de la esquizofrenia, e incluso pueden mejorar aspectos cognitivos de la enfermedad.

A pesar de todo ello, hay algunos antipsicóticos atípicos que han presentado problemas, por ejemplo de alteraciones metabólicas, que pueden por sí mismo mermar la expectativa de vida de estos pacientes. No obstante, indudablemente en conjunto podemos decir que han mejorado muchos aspectos de la enfermedad mental grave como es la esquizofrenia y el trastorno bipolar, que anteriormente no eran adecuadamente cubiertos con los antipsicóticos clásicos.

¿Qué opina de quetiapina en el manejo de la esquizofrenia y el trastorno bipolar?

La quetiapina es un antipsicótico atípico que presenta una eficacia comparable al resto de los antipsicóticos atípicos pero que no se asocia tanto con estas alteraciones metabólicas que comentaba anteriormente, y que además tiene un perfil de efectos adversos más benigno, con menores alteraciones extrapiramidales y de la prolactina y también un perfil más favorable sobre la función cognitiva. Por lo tanto es un fármaco que presenta una acción muy polivalente en la actuación sobre las distintas dimensiones de la enfermedad mental grave, tanto en la esquizofrenia como en el trastorno bipolar, como son los síntomas positivos y negativos y afectivos.

4.- Médicos belgas practican la eutanasia clandestina a bebés con minusvalías. ¿SÓLO VALEN LOS SANOS?

Redacción, Análisis Digital - 15/04/2007.

¿Eutanasia para recién nacidos? En Bélgica la práctica de la eutanasia para bebés con “anomalías” puede dejar de llamarse asesinato. Un estudio revela que ya se está aplicando de manera clandestina a la mitad de los bebés que nacen en este país con enfermedades incurables

La vida deja de importar cuando los intereses económicos priman sobre los humanos. Un estudio realizado por Veerle Provoost vinculado a la Universidad belga de Gante, revela que a la mitad de los niños nacidos con enfermedades en Bélgica se les niega el derecho a vivir.

Después de haber investigado a 298 clínicas y de interrogar a numerosos médicos sobre las causas de las muertes de los bebés, se ha podido saber que más de 150 niños han fallecido tras suspenderles el tratamiento inicialmente prescrito, o lo que es lo mismo, mediante la práctica de una eutanasia clandestina que implica el suministro de ciertas sustancias letales.

En el informe se afirma que, en muchos casos, se ha aplicado la eutanasia con el consentimiento de los padres. La ley belga que se aprobó en el año 2002 prevé que la eutanasia puede ser aplicada a personas mayores cuando lo soliciten de una manera “voluntaria, ponderada y reiterada”. Sin embargo, en ningún caso la legislación vigente contempla la posibilidad de que se le aplique a recién nacidos ni a niños.

5.- Atención Primaria de Salud propone crear un médico de enlace para dolencias raras

Diario Médico, 17 abril 2007.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y las asociaciones de afectados han ideado un proyecto para mejorar la detección y el abordaje de las enfermedades raras, cuyo objetivo es lograr un tratamiento equivalente al de otras dolencias más frecuentes.

El grupo de trabajo de genética clínica y enfermedades raras de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) iniciará en mayo una experiencia piloto en cuatro centros de salud de la Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía para mejorar la atención a estas dolencias. El proyecto consiste en designar un médico de enlace entre primaria y especializada, con mayor formación en las enfermedades raras, que detecte a los pacientes con estas dolencias. El objetivo es que sean integrados lo antes posible en la cartera de servicios de crónicos para que reciban una atención "en igualdad de condiciones que, por ejemplo, un diabético", explica Miguel García Ribes, coordinador del grupo de trabajo de Semfyc.

"Los enfermos quieren que se les trate de la misma forma que a otros pacientes con patologías más prevalentes", afirma García Ribes, quien recuerda que en primaria existen "protocolos fantásticos para otras dolencias, pero con una enfermedad rara no sabemos qué hacer, estamos ante una hoja en blanco".

La Organización Mundial de la Salud tiene catalogadas alrededor de 5.000 enfermedades raras. De éstas, en España se dan unas 400. Su diversidad de origen y de tratamiento imposibilita contar con un protocolo similar al que puede existir para la diabetes.

"Esta limitación no nos permite ir a la singularidad, pero sí podemos mejorar la coordinación con la atención especializada y proporcionar mayor calidad de vida al paciente, que son los dos aspectos que más suelen criticar los enfermos con patologías raras". Por eso, en el proyecto y en el grupo de trabajo "colaboran las asociaciones de afectados (la Federación Española de Enfermedades Raras y otras más pequeñas)".

El médico de familia actuaría como coordinador de todos los profesionales implicados en la atención al enfermo de una patología rara, que puede incluir no sólo especialistas del segundo nivel asistencial sino también a fisioterapeutas y asistentes sociales. "Para el médico de familia no supondrá una carga excesiva, pues lo más normal es que no vea más de tres o cuatro casos en su cupo".

García Ribes concluye que resulta fundamental la implicación de primaria en la detección de afectados por enfermedades raras: "El paciente ve mucho más al médico de familia que al especialista, que es ahora quien le diagnostica". La propuesta de Semfyc agilizará, a su juicio, el diagnóstico y mejorará el seguimiento.

Sanidad tiene el encargo de incluirlas en la cartera de servicios

La aprobación por el Senado del informe de la ponencia de estudio para las enfermedades raras de la Comisión de Sanidad es para Miguel García Ribes, coordinador del grupo de trabajo en este campo de Semfyc, una buena noticia: "Ahora no les quedará otra que incluirlas dentro de la cartera de servicios y mejorar la atención de estos pacientes para que sea equivalente a la de cualquier enfermo". Como informó DM, el Senado aprobó un informe por el que insta al Ministerio de Sanidad a elaborar un plan de acción específico antes de que concluya el año. En la fotografía, la ministra comparece ante la comisión.

6.- Sentencia del Supremo de EEUU marca un punto de inflexión para el aborto

Acepresa, 20 abril 2007.

El Tribunal Supremo de EE.UU. ha sentenciado que es constitucional la ley aprobada por el Congreso estadounidense y firmada por Bush en 2003 que

prohíbe el aborto por "nacimiento parcial", procedimiento que se lleva a cabo en gestaciones avanzadas y que supone la decapitación del feto.

La sentencia, aprobada por una mayoría de 5-4, supone un hito en la historia del aborto legal en Estados Unidos. Además de culminar una campaña de doce años de duración dirigida a acabar con ese tipo de abortos, es la primera vez desde la despenalización del aborto en 1973 que el máximo órgano judicial del país da luz verde a una ley que lo restringe. Supone una enorme victoria para el sector pro-vida, cuya estrategia se dirige a ganar paulatinamente el terreno perdido en esta cuestión. Con la aprobación de la ley se facilita el camino para que cada estado pueda aprobar leyes restrictivas con el aborto, en la línea de las que ya se están llevando a cabo en diferentes lugares (ver Acepresa 09/07).

En esa línea se ha pronunciado Clarke D. Forsythe, presidente de Americans United for Life, que afirma que la decisión servirá para devolver el poder a los estados y hacer más fácil que se elaboren "regulaciones de sentido común" sobre el aborto. Cecile Richard, presidente de la abortista Planned Parenthood Federation, ha reconocido que "hasta ahora, mucha gente era escéptica sobre la posibilidad de que Roe v. Wade [la sentencia que legalizó el aborto en 1973] fuese revocada", pero "ya no existe la presunción" de que los juzgados vayan a seguir sosteniéndola. En este momento, diversas medidas legislativas referidas al aborto están pendientes de resolución en tribunales estatales, y esta sentencia favorecerá más desafíos judiciales a la ley del aborto.

Tema caliente para las presidenciales

Todos los grandes medios del país concluyen que la decisión sitúa la cuestión del aborto entre los temas calientes de la carrera presidencial para las elecciones de 2008. Los magistrados que son elegidos para el Supremo son propuestos por el presidente. El hecho de que dos de los magistrados que se han opuesto a la sentencia tengan una avanzada edad (Stevens, 87; Ginsburg, 74), hace suponer que el próximo presidente tendría posibilidad de influir en la composición del organismo judicial. De hecho, la reciente jubilación de la magistrada O'Connors y su sustitución por Samuel Alito, contrario al aborto, han favorecido este resultado. Los posibles candidatos republicanos se han apresurado a apoyar la sentencia con énfasis mayor (McCain, Romney o Brownback) o menor (Giuliani). Los demócratas la han considerado un retroceso.

El aborto por nacimiento parcial es un procedimiento que se lleva a cabo en gestaciones ya avanzadas. Consiste en sacar del útero parte del cuerpo del feto y acabar con su vida, generalmente por decapitación. Sucesivas encuestas durante 2006 mostraron el rechazo mayoritario de los estadounidenses a ese procedimiento abortivo. En marzo de 2006, un sondeo de Fox News señalaba que un 61% de encuestados apoyaban el veto contra un 28% que se oponían. Otro de julio de 2006 señalaba que el 76% de americanos creían que ese tipo de abortos debían ser ilegales salvo que corriese peligro la vida de la madre.

7.- Una nueva píldora anticonceptiva reabre el debate sobre el final de la menstruación ¿Tomaría una píldora para no tener la regla?

El Mundo, 23/04/2007. CRISTINA DE MARTOS/ISABEL ESPÍÑO

¿Se tomaría usted una píldora que terminara con su periodo? En Estados Unidos es probable que esta opción esté disponible a partir del próximo mes de mayo si la agencia estadounidense del medicamento, la FDA, da el visto bueno, como está previsto, a Lybrel, una píldora anticonceptiva que no contempla descansos, por lo que sus usuarias no tendrán más la regla. La polémica está servida.

No se trata del primer paso en esta dirección, en 2003 la farmacéutica Barr lanzó al mercado Seasonale, cuya patente le ha sido concedida de nuevo este mes, con el que sólo se tienen cuatro reglas al año. En septiembre de 2006, la versión genérica de este producto, fabricada por Watson, se puso a la venta. Los datos económicos indican que ninguno de los dos se ha llevado un gran pedazo de los 1.700 millones de dólares que supone el mercado de los anticonceptivos orales en EEUU.

Las expectativas de Wyeth, la compañía que está detrás de Lybrel, son muy optimistas ya que, según informó su director para la salud de la mujer, Ginger Constantine, esperan alcanzar ventas anuales por valor de 250 millones de dólares. La compañía espera que la FDA le dé el visto bueno cuando, el mes que viene, se reúna para discutir el asunto.

Según la compañía, las encuestas que han realizado sugieren casi dos tercios de las mujeres estarían dispuestas. Sin embargo, Wyeth tendrá que convencer a las usuarias potenciales de los beneficios y desterrar sus miedos.

De hecho, actualmente ya no existe ninguna razón médica para que las mujeres que toman anticonceptivos tengan el periodo. La 'menstruación' que se produce mientras se consume la píldora es 'falsa', una suerte de señal para que la usuaria sepa que todo funciona correctamente. Las encuestas de Wyeth también revelan que la mitad de las mujeres se sienten cómodas con sus periodos, como indicador de que no están embarazadas

"La idea de que la menstruación debe ocurrir mensualmente en mujeres sanas, no embarazadas, se ha perpetuado con el empleo de contraceptivos orales diseñados para imitar la duración media de un ciclo menstrual normal", lamenta el médico Andrew Kaunitz (especialista en salud reproductiva e investigador de Seasonale) en su famoso ensayo 'Escoger si, y cuándo, menstruar'.

El abanico de opiniones es amplio, desde mujeres que rechazan su menstruación a las que la ven como algo espiritual, pero lo más frecuente es tener sentimientos enfrentados y el paso de suprimir la regla suele ser difícil de dar.

¿El fin de la menstruación?

El tema ya ha desencadenado un encendido debate en EEUU, tal y como ha plasmado el documental 'Period: The end of menstruation?' (Periodo: ¿el final de la menstruación?), de la realizadora Giovanna Chesler.

Agrupaciones como la Sociedad para la Investigación sobre el Ciclo Menstrual (que aúna a mujeres de diversas disciplinas, como médicos, psicólogas y políticas) emitió en 2003 un comunicado en el que insistía en que hace falta más información sobre la seguridad de la píldora que elimina la menstruación. La medicina, defienden, todavía no comprende las implicaciones a largo plazo de interrumpir a largo plazo los periodos femeninos. Muchos críticos recuerdan los riesgos que, con el tiempo, mostraron las hormonas para la menopausia.

"Alterar el clima hormonal de las mujeres sanas, con menstruación, con el propósito de acabar con sus periodos es, en una palabra, imprudente", dice una airada Susan Rako, médico especialista en salud de la mujer y autora de numerosos libros sobre el tema. Para Rako, se trata el "mayor experimento sin control de la historia de la ciencia médica".

Sin embargo, sus partidarios defienden que, según los estudios realizados, no parece tener más riesgos que las píldoras anticonceptivas. Señalan, asimismo, los millones de mujeres que, cada mes, no acuden al colegio o al trabajo a causa de sus dolorosos periodos.

Para los que se aferran al carácter natural de la menstruación, Kaunitz recuerda un dato: "las mujeres occidentales actuales tienen unos 450 periodos hasta la menopausia, mientras que sus ancestros preagrícolas tenían unas 160 ovulaciones en toda su vida".

8.- El confuso retrato de las Urgencias médicas

* Médicos, gerentes, sindicatos y políticos señalan distintas razones del colapso

* Los profesionales coinciden en que las Urgencias se utilizan mucho y, en ocasiones, mal

* elmundo.es visita los servicios de cuatro hospitales de distintas comunidades
El Mundo. 24/04/2007.

Hace unos días saltaba a los medios de comunicación la situación del Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba. El colapso de este servicio hacía que el responsable de este departamento plantease que quizás los traslados procedentes de otros centros de la provincia deberían limitarse, algo a lo que se niega en rotundo la gerencia del centro. Desde elmundo.es se ha querido tomar el pulso a la situación en otros puntos del país.

Para realizar este boceto se han visitado cuatro centros hospitalarios de diferentes zonas de España: Córdoba, Asturias, Madrid y Sevilla. Tanto médicos como sindicatos, enfermeros, gerentes y otros profesionales han sido consultados. Y la primera conclusión que se puede extraer es que no hay datos homogéneos y que la situación es, cuanto menos, confusa. A pesar de intentar

definirla y sintetizarla lo más posible, las cifras oscilan en función de quién sea el interlocutor.

Sí parece que hay un acuerdo generalizado entre los profesionales: las Urgencias se utilizan mucho, en ocasiones mal, porque es un servicio gratuito, abierto las 24 horas y a demanda. Las cifras que maneja la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias indican que hasta el 40% de las visitas podría haberse resuelto en un ambulatorio; y hasta el 99% de los casos clasificados en el nivel cuatro (no urgentes) recibe el alta, sin necesidad de ninguna prueba. Otra de las causas del problema, asegura Jerónimo Romero, presidente de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, tiene que ver con la práctica de la medicina moderna, "defensiva". Ante el temor a no acertar en el diagnóstico, señala, "en la puerta de urgencias se pide un 'whopper completo'; toda una batería de pruebas, análisis y radiografías que no siempre son necesarias". Y, a la postre, el tiempo que tardan en obtenerse estos resultados repercute en el tiempo que deben esperar los pacientes.

El papel de la atención primaria. Las Urgencias son servicios gratuitos, de 24 horas y a demanda. Los pacientes no quieren esperar para conocer su estado

En otros puntos no hay consenso, aunque pudiera parecer lo contrario. Hace unos días la propia ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, aseguraba que la mejora de Atención Primaria es fundamental para que no se colapsen las Urgencias de los hospitales públicos. Sin embargo, en siete Comunidades Autónomas no hay acuerdos entre la Administración y la Plataforma '10 minutos', que entre otras cosas, reclama mayor inversión y más tiempo para que los médicos de Atención Primaria puedan atender mejor a los pacientes. No obstante, el presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Luis Jiménez Murillo, considera que la solución al problema no se encuentra en potenciar la Atención Primaria sino el servicio de Urgencias. "Los políticos han enseñado a la población a acudir a las Urgencias de un hospital y ahora el ciudadano quiere que se le vea y se le hagan pruebas en el momento que él considera oportuno", afirma.

Algunos especialistas abogan por educar a la población para que sepa cuándo debe acudir a las Urgencias de un hospital, a las de su centro de salud o a las extrahospitalarias. "Hemos llegado a atender a una persona a la que se le habían roto las gafas", menciona Pedro Villarroel, coordinador de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

La falta de una especialización genera otros problemas en las Urgencias, como la escasez de recursos y de profesionales

Al margen de anécdotas, muchos pacientes denuncian las largas listas de espera que hay en la Atención Primaria para realizar pruebas diagnósticas o ver a un especialista. Otros también denuncian la escasez de centros con Urgencias extrahospitalarias y la falta de medios y personal que tienen, junto con el olvido por parte de la Administración. Motivos que convencen a muchas personas para acudir al hospital.

Los cambios producidos en la sociedad española parecen también influir en las preferencias de los ciudadanos. "Queremos cajeros 24 horas, supermercados abiertos los fines de semana, hospitales a tiempo completo [...] Es la sociedad de 24 horas", señala Francisco Murillo, coordinador del Plan Andaluz de Urgencias.

La carencia de una especialidad

Por este motivo, y porque la atención que recibe el paciente difiere mucho de una comunidad a otra, de un centro a otro, Jiménez Murillo considera que para encontrar un remedio a estos problemas España debería contar con una especialidad de Medicina de Urgencias. A partir de ahí, se podrían establecer unos protocolos homogéneos para la atención en este servicio.

"Si existe la especialidad, se regularía todo lo demás porque se exigiría la creación de unidades de formación que requieren unos requisitos mínimos con estructuras y recursos propios. Esto es una cadena y la Administración debería saber que puede contar con nosotros [los trabajadores de Urgencias] para llevar a cabo un trabajo de reestructuración [...] Si no se hace este análisis de aquí a unos años nos vamos a quedar sin médicos", explica Jiménez Murillo.

Este reportaje sólo pretende poner de manifiesto algunas situaciones, no es un mapa completo ni exhaustivo de las Urgencias españolas. Al mismo tiempo, a través de un foro y una encuesta, elmundo.es quiere dar una oportunidad a los ciudadanos para que cuenten su caso y opinen sobre la calidad de este servicio sanitario en su población.

9.- El médico de AP no está preparado para incorporar el testamento vital a su consulta. El médico de familia no se siente preparado para planificar los cuidados del enfermo grave. Pese a que existe la posibilidad de registrar el documento de voluntades anticipadas en casi todas las autonomías, la falta de información reglada y de formación académica impiden que los facultativos lo apliquen en su consulta con regularidad.

DM, M^a Carmen Rodríguez 27/04/2007

Las instrucciones previas, también llamadas voluntades anticipadas y testamento vital, otorgan al ciudadano el derecho a planificar los cuidados y actuaciones médicas que desea recibir en el final de su vida. La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente así lo determina. Sin embargo, y pese a que ya existe la posibilidad de registrar el documento en casi todas las comunidades autónomas –excepto Asturias, Castilla y León, Galicia y Extremadura– los profesionales del primer nivel siguen sin aplicar esta herramienta en su consulta.

Bien por falta de conocimientos clínicos sobre el proceso de morir, de formación en técnicas de comunicación o de información sobre la ley vigente, lo cierto es que el médico de familia no se siente preparado para planificar los cuidados del enfermo grave.

Actitud social

La actitud personal y la madurez con la que nos enfrentamos a la muerte también influye. Según Carmen Santos, médico de familia del centro de salud Camp Redó en Palma de Mallorca, y miembro del grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, hablar con naturalidad en la consulta del final de la vida es todavía un tabú para muchos españoles. "La muerte en nuestra sociedad no está bien vista. No se acepta como algo natural. La ley ha resuelto un vacío legal en este campo, pero aún queda pendiente la actitud social. Los ciudadanos deberían reflexionar sobre el final de la vida y hablarlo con sus familiares directos y personas de confianza".

A su juicio, hablar en la consulta sobre las voluntades anticipadas obliga al usuario a pensar en los cuidados al final de la vida, a recabar información y a tratar el tema al menos con aquella persona a quien se quiere nombrar representante. "Es una buena excusa para discutir sobre los cuidados finales, un buen estimulante para que las familias clarifiquen sus sentimientos".

La investigación sobre el desarrollo de este documento y su implantación en el ámbito de primaria es escasa todavía, ha comentado Santos. Sin embargo, tal y como revelan los datos de un estudio realizado en 2002 y publicado en Atención Primaria, la mayoría de población balear se muestra favorable a que su médico de familia les informe sobre la planificación de los cuidados. Según el trabajo nueve de cada diez pacientes refirieron no haberse sentido incómodos al tratar el tema.

Registro

En Real Decreto 124/2007 prevé la creación en el Ministerio de Sanidad del Registro Nacional de Instrucciones previas. Según Santos, disponer de un archivo centralizado permitirá a los profesionales acceder al contenido del testamento vital desde cualquier punto de España incluso cuando el paciente no esté en la localidad donde lo registró. Otra opción, añade, es la de incluirlo en soporte electrónico a través de la tarjeta sanitaria. "Tanto en el ámbito de atención primaria como en hospitalaria deben establecerse los circuitos pertinentes para recoger los intereses de los pacientes", ha dicho Santos.

10.- El Parlamento Europeo aprueba la nueva norma que hace más seguros los medicamentos de terapia avanzada

La norma liberará el potencial de innovación de la UE, en manos en gran parte de las pequeñas y medianas empresas, respetando al las decisiones de los Estados miembros sobre cuestiones de ética

DM, Estrasburgo (Francia), 27 de abril (E.P.)

El pleno del Parlamento Europeo ha aprobado un polémico reglamento que sienta las bases del uso y el registro de los medicamentos de terapia avanzada

-con gran potencial para el tratamiento de enfermedades como el Alzheimer, el cáncer, las distrofias musculares o las quemaduras graves- con el objetivo de garantizar su seguridad y apoyar el desarrollo de la industria biotecnológica europea.

La nueva norma, cuya entrada en vigor está prevista para mediados de 2008 tras recibir el visto bueno de los 27, no interferirá en las decisiones internas de cada Estado miembro de permitir o no el uso de células madre embrionarias. Algunos eurodiputados presentaron enmiendas para prohibir el uso de células madre en estas terapias pero fueron rechazadas por el pleno.

"Este reglamento liberará el potencial de innovación de la UE, en manos en gran parte de las pequeñas y medianas empresas, respetando al mismo tiempo las decisiones de los Estados miembros sobre las cuestiones de ética", ha destacado el vicepresidente de la Comisión y responsable de Industria y Empresa, Günter Verheugen.

La norma prevé un procedimiento centralizado de autorización de comercialización y la creación de un nuevo Comité de Terapias Avanzadas (CAT) en el seno de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). La EMA deberá consultar al CAT sobre la evaluación de los datos relativos a los medicamentos de terapia avanzada.

Sus objetivos son además garantizar en la Comunidad un elevado nivel de protección de la salud a los pacientes tratados mediante terapias avanzadas, fomentar la competitividad de las empresas europeas que trabajan en este terreno y conceder incentivos financieros específicos y asistencia administrativa a las pequeñas y medianas empresas.

**11.- Las peticiones para despenalizar la eutanasia “se cuentan con los dedos de las manos”, según representantes del colectivo médico
Según un especialista, si la medicina paliativa es de calidad, las peticiones de eutanasia son “extremadamente” raras**

Madrid, 27 abril 2006 (azprensa.com)

Rogelio Altisent, presidente de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, ha afirmado que despenalizar la eutanasia en España traería a la sociedad "consecuencias negativas", ya que supondría una especie de "coacción" hacia los más débiles, que se verían presionados por una ley que lanza el "mensaje social" de que "el que no se acoja" a esta legislación está actuando "como un egoísta".

El especialista hizo estas declaraciones en el marco de una jornada La profesión médica ante el debate de la eutanasia, y señaló a Europa Press que el número de peticiones de eutanasia registrados en las unidades de cuidados paliativos españolas "se cuentan con los dedos de las manos" y explicó que "si

la medicina paliativa es de calidad", los casos de peticiones de eutanasia son "extremadamente raros".

Así mismo, Altisent dijo que los médicos saben "qué ocurre detrás" de un paciente que pide la eutanasia y aseguró que "detrás de la mayoría" de ellos, lo que hay en realidad es una "petición de ayuda". Además, el presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC recordó que en el Código Deontológico de su colectivo hay una posición clara, la de que el médico "no puede quitar la vida al paciente", aunque explicó que eso no significa que no "haya que ser cautos" a la hora de "no hacer obstinación terapéutica", que también es "contraria" a dicho Código.

En este sentido, explicó que el paciente tiene derecho a "renunciar al tratamiento", ya que los médicos no pueden "adelantar la muerte, pero tampoco retrasarla". A este respecto, Altisent se refirió a la paciente de Granada que recientemente se negó a seguir con su tratamiento, un caso que para él "está muy claro" ya que, según el Código Deontológico, esa paciente tenía derecho a renunciar a un "tratamiento desproporcionado a sus circunstancias".