

Viene de la página 28

P. ¿Se hacía con consentimiento de la familia?

R. Siempre, siempre, siempre. Antes de sedar a un paciente se hablaba con la familia. Le decíamos que al fallar todos los tratamientos, lo mejor era que el enfermo no sufriera más y que sedarle evitaría los síntomas.

P. ¿Qué respondían?

R. Lo agradecían. Los familiares son los primeros que saben que están ante una situación terminal, por un cáncer o por otra enfermedad, conocen el deterioro del paciente en los últimos meses. Muchas veces apenas hay que hablar, hay un entendimiento tácito. Los familiares te dicen: "Doctor, no puede estar en esta situación, está sufriendo".

P. Todo se ha centrado en usted, pero una veintena de médicos de urgencias practicó sedaciones.

R. Es posible que yo haya firmado como segundo médico muchos tratamientos, porque se exigían dos firmas desde la primera denuncia, en 2002. Yo no veía a pacientes, pero era el responsable de los enfermos sedados. La acusación de 400 homicidios obliga a imaginar un servicio entero confabulado durante años para matar pacientes. A nadie se le ocurre.

P. ¿Por qué sedaban en urgencias? Muchos médicos dicen que no es el lugar más adecuado.

R. Teníamos unas habitaciones especiales en las que podía estar la familia, con médicos 24 horas. En este hospital, eso sólo se cumplía en urgencias. Las cuatro camas de cuidados paliativos estaban atendidas por un internista que estaba de guardia desde las tres de la tarde a las siete de la mañana y que atendía más de 120 enfermos. Si se dio en la urgencia es un problema de las autoridades. El hospital atendía 430.000 habitantes aunque estaba diseñado para la mitad. Teníamos el peor índice de camas por habitante de Madrid y a las ocho de la mañana, en urgencias, había todos los días 20 o 25 enfermos a la espera de cama en planta. No había camas para los terminales y los teníamos que tratar.

P. La mortalidad en urgencias era muy alta.

R. El índice de mortalidad del hospital es similar o menor al de otros centros. No se puede subir ni bajar. En 2003 recibimos un premio por la baja mortalidad. Se morían más en urgencias porque no había camas en planta. Una de las primeras medidas tras mi relevo fue que nadie se muriese en urgencias. Ahora siempre aparecen camas en planta. Se suben a toda prisa para que nadie muera en urgencias. Mueren los mismos, pero mueren en planta.

P. ¿Qué ha sido lo peor?

R. Lo mal que lo ha pasado la gente de urgencias, de verdad. He tenido momentos muy bonitos: la solidaridad de los amigos y del hospital ha sido tremenda, pero los médicos y enfermeras que siguieron en urgencias han sufrido mucho. Aunque yo fuese la cabeza visible, se acusaba a todo el equipo.

P. ¿Se ha sentido apoyado?

R. Por el hospital, sí. No tengo palabras para expresar mi agradecimiento al personal del hospital. Los sindicatos corporativos o el colegio de médicos han estado desde el primer momento con la consejería. El apoyo de la clase médica ha sido escaso.

P. ¿Quién pone esa denuncia anónima con dosis, fechas y nombres? ¿Es por motivos ideológicos, religiosos o laborales? Porque dicen que usted era muy exigente como jefe.

R. Es difícil de explicar. Creo que ha sido un conjunto.

España carece de datos sobre los casos de cáncer en 35 de las 52 provincias

La OMS señala que el registro español de tumores malignos no es representativo

ANA ALFAGEME / ANA G. ROJAS, Madrid
España carece de datos sobre la extensión real del cáncer en 35 de sus 52 provincias. Sólo siete comunidades y siete provincias poseen un registro de casos de tumores

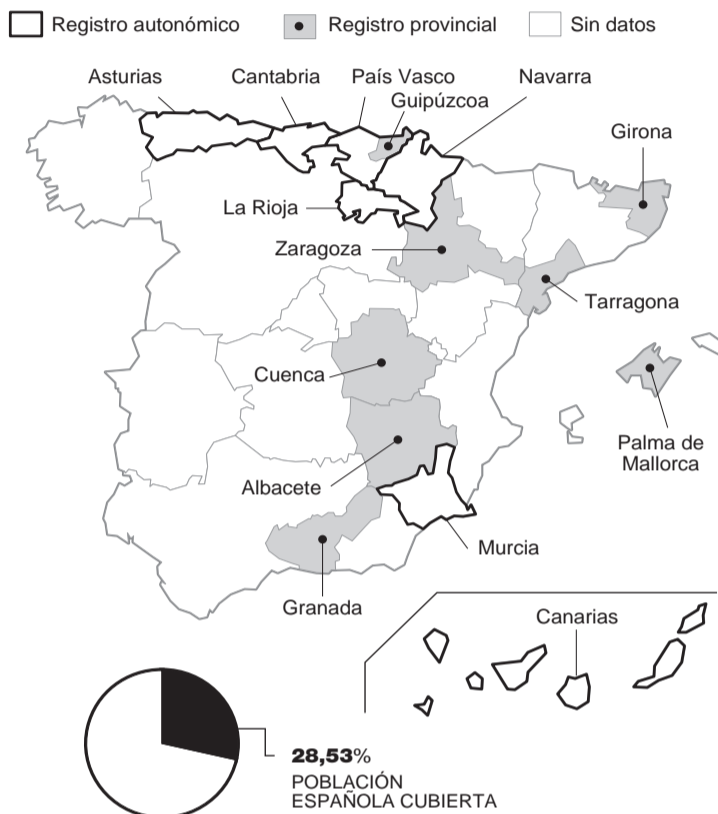
malignos. Ello supone que poco más del 28% de la población española está cubierta por la recogida exhaustiva de material que documente la primera causa de muerte en España. Los expertos señalan la necesidad de los registros para conocer la distribución geográfica de los distintos tipos de tumores, relacionarlos con riesgos ambientales, evaluar la detección precoz o ver cómo funciona el sistema sanitario.

¿Cómo actuar ante un problema cuyas dimensiones no se conocen con exactitud? El estudio *La situación del cáncer en España*, presentado anteayer por la ministra de Sanidad, Elena Salgado, y elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología, del Instituto de Salud Carlos III, señala la falta de información sobre la incidencia [número de casos] del cáncer en muchas zonas de España. Sólo Albacete, Girona, Granada, Cuenca, Tarragona, Mallorca y Zaragoza cuentan con registros de sus casos de cáncer. También los poseen La Rioja, Asturias, Cantabria, Murcia y Navarra, todas comunidades uniprovinciales, además de Canarias y el País Vasco.

En los registros de cáncer se analizan informes de biopsias y citologías, ingresos y altas hospitalarias, defunciones o tratamientos de radioterapia, procedentes tanto de la sanidad pública como de la privada. El objetivo es *“fotografiar”* el cáncer en ese lugar: “Revisamos unos 60.000 documentos al año para los 2.000 casos anuales de tumores malignos que tenemos en la comunidad”, explica Araceli Alemán, responsable del registro de Canarias, que existe desde 1993 y en el que se emplean 10 personas. “Es un trabajo duro que necesita muchos recursos. No se debe escapar nada. Lo ideal sería que se impulsara la informatización total”.

Estos registros, señala el estudio sobre cáncer, “son imprescindibles para conocer la incidencia y prevalencia [proporción de personas que sufren la enfermedad del total de la población] del cáncer, para evaluar la supervivencia de los pacientes, permiten cuantificar la incidencia en cohortes específicas seguidas en el tiempo, facilitan la evaluación de los programas de detección precoz y la implementación de estudios (...)”

Registros de cáncer y tumores



Fuente: La situación del cáncer en España e INE.

EL PAÍS

en la investigación sobre factores de riesgo”. Además, subraya, “pueden ser considerados como sistema de vigilancia; esta información ha resultado ser imprescindible para afrontar diferentes crisis sanitarias”.

También el informe destaca en sus conclusiones que existen altas tasas de mortalidad por cáncer (unos datos disponibles en todo el territorio) en zonas que no tienen registros, y donde, por tanto, no se conoce el número de casos. Un ejemplo: Cádiz es la provincia con la mortalidad más alta por cáncer de pulmón en hombres; sin embargo, no posee registro, ni tampoco Andalucía, sobre el número de casos que se diagnostican

allí para poder investigar por qué se produce tan alta mortalidad. El informe añade: “No se dispone de información homogénea para estudiar la eficacia del sistema asistencial en cuanto a capacidad de diagnóstico en estadios potencialmente curables, tiempos de demora en el diagnóstico y el tratamiento”. Y sugiere que los registros hospitalarios podrían ser una vía.

“La tecnología disponible podría hacer posible extender los registros poblacionales al conjunto del país”, señala el estudio. “Para que sean útiles tienen que ser exactos”, dice Gonzalo López-Abente, responsable del equipo que elaboró el informe. “En los países con menor pobla-

ción, recabar datos es más sencillo. En Madrid, por ejemplo, con tantos centros sanitarios, con tantos habitantes, es muy difícil recoger los casos”.

Sanidad ha entregado un millón de euros a las comunidades para reforzar los registros que hay y montar otros. Señala, sin embargo, que los existentes “permiten calcular las cifras de incidencia del cáncer”. Pero la jefa de epidemiología descriptiva de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (el organismo de la Organización Mundial de la Salud que vigila esta enfermedad), Paola Pisani, opina que en España los registros “no son representativos. El norte está bien cubierto, pero el sur tiene muy pocos puntos supervisados y hay una gran área en el centro, alrededor de Madrid (inclusive), que carece de información”, dice Pisani. Se puede asumir que las áreas no cubiertas son similares a otras poblaciones, pero “nunca se sabrá si los datos son reales”. Las proyecciones deben hacerse sobre la incidencia y no sobre mortalidad, porque “no se puede saber la evolución de la enfermedad ni la eficiencia del sistema sanitario en abordarlo”.

El ex presidente de la Asociación Española de Investigación en Cáncer, Francisco Real Arribas, asegura que “por lo restringido de la cobertura de los registros, dejan áreas descubiertas que pueden tener diferentes incidencias”. “Sería idóneo tener un control actualizado de los casos”, señala el presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica, Alfredo Carrato, “desgraciadamente carecemos de datos homogéneos”. Reconoce que ello supondría recursos que hay que priorizar con respecto a todo el sistema sanitario y asegura que la prevención se puede hacer haya o no registro: ésta tiene que ver mucho con mantener hábitos de vida saludables.

Científicos españoles relacionan la fragmentación del ADN de los espermatozoides con la infertilidad

M. R. E., Madrid
Una excesiva fragmentación del material genético de los espermatozoides está relacionada con la infertilidad en hombres cuyo esperma parece ser normal, han hallado científicos del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) y del Hospital Teresa Herrera (A Coruña). En un estudio con 190 varones infértiles sometidos a tratamientos de reproducción asistida, realizado con una técnica nueva y propia, los especialistas encontraron que un tercio de ellos tenía excesiva fragmentación en al menos un 40% de los esperma-

tozoides. “En todos los hombres el ADN de los espermatozoides, que se presenta como un ovillo muy enredado, está fragmentado, pero en estos casos la fragmentación era mucho mayor”, explicó ayer Marcos Meseguer, del IVI. Estas roturas se asociaron al fracaso en esos casos de los tratamientos de fertilización *in vitro* porque se producían embriones que no se llegaban a implantar en el útero.

El estudio se presentó en el congreso anual de la Sociedad Europea de Reproducción Humana, el pasado mes de junio, y

es único por el elevado número de casos estudiados y por la técnica empleada, afirmó ayer Meseguer. Se publicará en las revistas *Human Reproduction* y *Fertility and Sterility*.

La integridad genética de los espermatozoides se está convirtiendo en un nuevo parámetro para la evaluación de la fertilidad masculina, que se añade a los tradicionales, como la cantidad, morfología y movilidad de éstos.

El daño al ADN puede ser debido a una exposición excesiva a las radiaciones, lo que no es frecuente en la población gene-

ral, y se cree que también a un exceso de radicales libres, moléculas producidas en el propio organismo. Su exceso se asocia, según algunos estudios, al déficit de sustancias antioxidantes en la dieta y al consumo de tabaco.

“Todo parece apoyar la hipótesis ambiental en detrimento de la genética como causa de algunos tipos de infertilidad masculina, ya que podría ser debida a determinadas sustancias que directa o indirectamente afectan al ADN del espermatozoide rompiéndolo”, señaló el IVI ayer en un comunicado.