

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1168. Noviembre 2015

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



18 DE NOVIEMBRE

Día Mundial de la EPOC

Reportajes

La asistencia sanitaria
en las residencias de
ancianos

La Red Nacional
de Vigilancia
Epidemiológica

Entrevistas

Pilar Garrido.
Presidenta del Consejo
Nacional de
Especialidades

Rafael López Iglesias.
Gerente del Servicio
de Salud de
Castilla y León



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)



Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág.81

SUMARIO

EN PORTADA

RADIOGRAFÍA



La EPOC, cada vez menos “cenicienta” en el sistema sanitario
40

REPORTAJE



El reto de la asistencia sanitaria en las residencias de ancianos
16

FORO DE EXPERTOS

ROBERTO NUÑO-SOLINÍS

Deusto Business School Health
8



CARIDAD PONTES

Unitat de Farmacologia Clínica. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí - Universitat Autònoma de Barcelona
12



GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Rafael López Iglesias



Gerente del Servicio de Salud de Castilla y León
28

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



Atención integrada, evaluación para la acción y Salud digital, claves para la transformación de los servicios de salud en Europa
34

ENTREVISTA



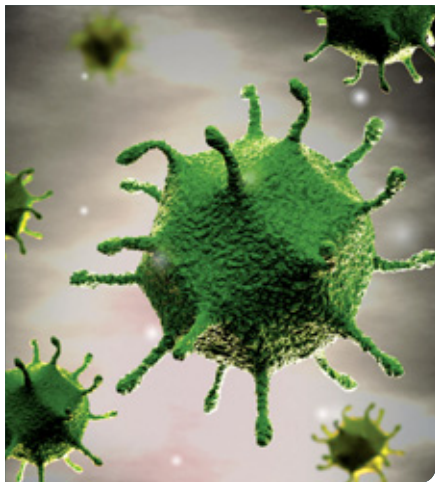
Pilar Garrido
Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
22

FACME/ENTREVISTA

Juan Carlos Miangolarra
Tesorero de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)
48



REPORTAJE



Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: A la caza de nuevos patógenos
54

OTROS TEMAS

Fue noticia
64

La instantánea médica
68

Actualizaciones EL MÉDICO
74

Sala de lectura
78

Próximo número
82

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 08.
Administración: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid.
Teléfono: 91 749 95 10. *Suscripciones:* Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. *Teléfono:* 91 749 95 00.

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ana Villajos

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaria de Redacción: Natalia Trancón

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Antonio Pais, Iñaki Alonso, Anna Borau, Jorge Sánchez, Silvia C. Carpallo, Javier Granda, Paco Romero, Ana Montero, Laura Fonseca, Alejandro Blanco, Nerea Garay, Mónica de Haro.
Agencia: Europa Press.

Otras secciones: *Derecho Sanitario:* ASJUSA-ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas:* Dr. José Ignacio de Arana, Dr. Antonio Castillo Ojugas, Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500. e-mail: elmedico@gruposaned.com.
Publicidad Barcelona: Antón Fortuny, 14-16, Edificio B, 2º, 2ª. 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541. e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. *Distribuye:* SERGRIM.
Suscripciones: 11 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.
Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.
● DEPOSITO LEGAL: M-948-1982.
Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295.
ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2015. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



www.lundbeck.com

Lundbeck es la única multinacional farmacéutica a nivel mundial especialista en el tratamiento de patologías del Sistema Nervioso Central.

En Lundbeck, la búsqueda de nuevos fármacos para el futuro es el eje de todas nuestras actividades.

Nuestro objetivo es investigar y desarrollar fármacos que representen una innovación en el tratamiento de patologías psiquiátricas y neurológicas.

Y nuestra misión es Mejorar la Calidad de Vida de los Pacientes que sufren Enfermedades Psiquiátricas y Neurológicas.



A close-up photograph of a stack of books with two gold pens resting on top. The pens are positioned diagonally across the frame, with the foreground pen in sharp focus. The background shows the pages of the books, which are slightly blurred. The overall lighting is soft and even.

La mirad

a maestra de la actualidad



Roberto
Nuño-Solinís



Caridad
Pontes



La necesaria transformación sociosanitaria ante la cronicidad

Autor | Roberto Nuño-Solinís. Deusto Business School Health

Los sistemas social y sanitario de España afrontan una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de toda Europa. Una verdad incómoda que va a seguir en crecimiento en los próximos años y que ahora mismo se traduce en un 91,3 por ciento de la mortalidad en nuestro país atribuible a las enfermedades crónicas¹.



Roberto Nuño-Solinís

Está probado que son los enfermos crónicos, en particular los crónicos complejos, los que requieren una mayor dedicación de recursos por parte del sistema sanitario. Las tensiones para la sostenibilidad de la Sanidad pública son una realidad, y una lógica de solidaridad intergeneracional hace inasumible su funcionamiento en base a déficits acumulados -con las consecuencias de endeudamiento que suponen-

En términos de financiación, se estima que, en un escenario de inacción, el presupuesto sanitario deberá crecer en torno a un 45 por

Está claro que el sistema puede y debe ser más eficiente, la misma cartera de prestaciones cotiza con una diferencia de hasta un 45 por ciento en la comunidad que más gasta per cápita respecto a la que menos y, desde luego, los resultados en salud no lo justifican

ciento hasta 2020² (base 2011) para atender a la demanda asistencial, crecimiento que no se vislumbra en el horizonte pese a la mejora en las previsiones de incremento del PIB en nuestro país.

En el plano político, nos movemos entre cónicas propuestas de huida hacia adelante y -más de lo mismo-; debates emponzoñados como el público-privado; planteamientos rancios respecto al racionamiento de prestaciones o la introducción de copagos; y la ansiada

preservación o blindaje del status quo para protegerlo del talento. Más llamativo aún, es que se frenen iniciativas innovadoras que emergen del propio sistema y que buscan la transformación del mismo garantizando sus pilares básicos, que se esquite el rol de pacientes y ciudadanía en el proceso de cambio, que se mantenga la opacidad sobre la verdadera equidad y calidad del SNS, y, sobre todo, que se deje de lado la contribución del sistema a la salud y bienestar en beneficio de un modelo de complacencia.

Está claro que el sistema puede y debe ser más eficiente, la misma cartera de prestaciones (o así debiera serlo) cotiza con una diferencia de hasta un 45 por ciento en la Comunidad Autónoma que más gasta per cápita respecto a la que menos gasta y, desde luego, los resultados

en salud no lo justifican. Hay variabilidad injustificada, mucha, ya se ponga la lupa en lo micro, lo meso o lo macro. Y hay demasiadas cosas que no deberían hacerse, se hacen en exceso o se hacen mal.

Equiparar a la baja en términos de gasto, ni es posible, ni es popular. Pero si es posible y debiera ser un imperativo ético garantizar el mayor valor -medido en resultados sanitarios- por cada euro público invertido en Sanidad.

Sin embargo, esa orientación a la creación de valor no es moneda común en el sistema sanitario. Se carece de los modelos conceptuales, mecanismos, sistemáticas y competencias de gestión para transitar por esa ruta. Desde la Unidad de Salud de la Escuela de Negocios de la Universidad de Deusto venimos trabajando con dos marcos de actuación con base teórica, pero orientación eminentemente práctica, que pueden ayudar a la transformación del sistema sanitario en aras de una mayor sostenibilidad. Nos referimos a la Doble Agenda y a la Triple Meta.

La Doble Agenda supone gestionar y transformar de forma simultánea. Para un gestor supondría “hacer su trabajo y mejorarlo”. Últimamente, se ha gestionado en la Sanidad pública con multitud de acciones de recorte lineal del gasto, amputando al sistema de salud cuando lo que se requiere es cirugía de precisión. Esa burda agenda de recorte administrada desde Hacienda debiera ser inaceptable para nuestros cuadros gerenciales. Profesionales competentes formados en las últimas décadas que lamentablemente ven supeditada su actuación a la de agentes políticos que desconocen el sector. Ese desconocimiento es el principal factor explicativo de que se ignore sistemáticamente la evidencia que indica que el principal potencial de ahorro y de mejora de calidad en la Sanidad yace en la transformación del modelo. Un cambio de esta magnitud se lidera, no se administra.





Por su parte, el marco de la Triple Meta supone elevar la mejora de la salud poblacional al primer nivel estratégico de forma sincronizada con la mejora de la calidad de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos. Se trata de algo que debiera formar parte del ADN de todo Sistema Nacional de Salud y que, sin embargo, se encuentra oscurecido en beneficio de la propuesta de valor basada en acceso. La transformación del modelo supone, por tanto, avanzar hacia uno cuyo “modelo de negocio” esté asentado en la salud y no en la enfermedad. No se trata de un juego de palabras, sino de un cambio de paradigma. Esa es la Triple Meta, para algunos una obviedad simplista, para otros una quimera, y para otros un motor de transformación con un potencial enorme, que ya está siendo demostrado en EEUU, Suecia, Canadá, Escocia y otros lugares.

Ambos enfoques se integran perfectamente en un planteamiento estratégico que parte del reconocimiento de que sólo una transformación ordenada del modelo asistencial permitirá contrarrestar la tendencia que está conduciendo a la insostenibilidad de la Sanidad pública. Esa transformación requiere una narrativa identificable y motivadora.

En España, se ha interiorizado en los últimos años la necesidad de atender al reto de la cronicidad de una forma diferente tanto en el ámbito clínico como en el directivo y político. Existe por tanto una narrativa y evidencias de cambio cultural, sin embargo esto no significa que se haya pasado a la acción con la suficiente energía y liderazgo. Esta inacción se configura como el problema más importante más allá de la magnitud del reto.

Aunque el Ministerio de Sanidad ha elaborado una Estrategia de Cronicidad³ y casi todas las CCAA cuentan con la suya propia (“un país, diecisiete sistemas”) esto no es suficiente si no se actúa de forma decidida. Esa actuación decidida supone apostar en firme por la transformación del modelo asistencial generando una verdadera atención integrada que incluya el ámbito sociosanitario. Más importante aún, esa transformación de la prestación requiere una transformación de la financiación, no solo como herramienta para estimular eficiencia sino para reparar la brutal inequidad en asignación de recursos del SNS, blindada por su opacidad de cara al ciudadano.

Existen espacios de encuentro, observatorios de tendencias, hojas de ruta y herramientas diversas para apoyar y guiar esta transformación, muchas de ellas de desarrollo local, validadas y adaptadas a nuestro contexto. Por ejemplo, la iniciativa del Foro de Transformación Sanitaria⁴, el Observatorio de Modelos Integrados Sociosanitarios⁵ y el Instrumento para la Evaluación de Modelos Asistenciales ante la Cronicidad⁶. Lamentablemente, en los mentideros se dice que la cronicidad ha pasado de moda, acostumbrados -como estamos- a quemar ideas e iniciativas sin siquiera implementarlas. El status quo es demoleedor. Mientras, se sigue generando evidencia en favor de los modelos de crónicos, en otros lugares ensalzada⁷ y aquí frecuentemente ignorada⁸.

Se acercan tiempos de tomar decisiones, hay algo más que “chuches” en juego. Nos podemos autoengañar pensando en que la salvación vendrá de Almaty o de la City. Si queremos dejar a nuestros hijos un sistema decente debemos hacer los cambios ahora, si no debemos esperar -

confortablemente sentados- a ver que sistema emerge, probablemente dual, más caro e inequitativo ■

Referencias bibliográficas

1. Haro J, Tyrovolas S, Garin N, Diaz-Torne C, Carmona L, Riera L, Perez-Ruiz F, Murray C. The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC Med.* 2014 Dec 5;12(1):236.
2. BCG. Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. <http://www.the-bostonconsultinggroup.es/documents/finle165265.pdf>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Para El Abordaje De La Cronicidad En El Sistema Nacional De Salud. Estrategia Aprobada Por El Consejo Interterritorial Del Sistema Nacional De Salud El 27 De Junio De 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013.
4. Foro de Transformación Sanitaria: <http://www.postgrado.deusto.es/cs/Satellite/estudiantes/es/buscador-de-postgrados/programa-para-la-sostenibilidad-en-el-sector-de-la-salud/programa?idPest=1340067769025>
5. Observatorio de Modelos de Integración Sociosanitaria (OMIS): <http://omis-nh.org/>
6. Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad: <http://www.iemac.es/>
7. Caloyeras JP, Liu H, Exum E, Broderick M, Mattke S. Managing manifest diseases, but not health risks, saved PepsiCo money over seven years. *Health Aff (Millwood)*. 2014 Jan;33(1):124-31.
8. SAIATU project. Impact of the Provision of Social Care within a Palliative Care Programme on Healthcare Costs: http://www.euclidnetwork.eu/files/Saiatu_Brief.pdf

Medicinas y servicios en salud de alta calidad a 7.000 millones de habitantes. Persona a Persona.

“En Mylan, creemos que su
fármaco debe ser siempre
de la más alta calidad.”

Heather Bresch

Heather Bresch, Consejera Delegada, Mylan

La mejor salud
para **un mundo mejor**
7B:1

En Mylan, nuestra misión es conseguir la mejor salud para un mundo mejor. Nos comprometemos a proporcionar acceso a medicamentos y servicios de salud para los 7.000 millones de habitantes en el mundo, persona a persona. A esta aspiración la llamamos 7B:1.

Puede obtener más información en mylanmundomejor.es

 **Mylan**
Seeing
is believing



Personalización: mucho más que seleccionar un fármaco

Autor | Dra. Caridad Pontes. Unitat de Farmacologia Clínica. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí - Universitat Autònoma de Barcelona

Cuando un medicamento llega al mercado lo hace con unas garantías aceptables de eficacia y seguridad obtenidas en ensayos clínicos. Estos estudios evalúan cuáles son los efectos promedio del producto en una población relativamente pequeña, generalmente unos miles de pacientes, y a partir de esta observación se extrapolan cuáles pueden ser los efectos en la población que lo utilizará una vez comercializado, con un grado de certidumbre aceptable.

La autorización de un producto garantiza que una proporción de los pacientes tratados se beneficiarán del tratamiento en un grado tal que compensa los posibles riesgos derivados de la exposición al mismo, y que esta proporción o beneficio es suficiente desde un punto de vista poblacional. No obstante, esto no garantiza la reproducibilidad de los resultados del tratamiento en todos y cada uno de los pacientes que lo reciban.

En realidad, una de las grandes dificultades de la terapéutica es la selección del tratamiento idóneo para cada paciente, es decir, aquel que produzca una respuesta favorable evitando la aparición de efectos indeseados. Poder

Una de las grandes dificultades de la terapéutica es la selección del tratamiento idóneo para cada paciente, es decir, aquel que produzca una respuesta favorable evitando los efectos indeseados



Dra. Caridad Pontes

determinar en qué radica la variabilidad en la respuesta a los fármacos y prever qué pacientes serán o no respondedores

a un producto (o tienen mayor probabilidad de sufrir un efecto adverso al mismo) resulta, por lo tanto, un aspecto clave, tanto desde el punto de vista regulatorio, como clínico o de gestión sanitaria. El regulador debe poder establecer las condiciones de uso más apropiadas, el clínico debe poder obtener los mejores resultados para cada paciente, y el gestor

sanitario debe poder utilizar los recursos de la forma más eficiente.

Existen múltiples causas conocidas de variabilidad en la respuesta a los fármacos. Las más obvias incluyen la edad o el peso, la presencia de enfermedades de órganos excretores y metabolizadores, o condicionantes determinados por variabilidad genética en receptores o enzimas, entre otros. Todos estos factores pueden determinar diferencias tanto en la farmacocinética como en las respuestas farmacodinámicas a los medicamentos.

La variabilidad en la farmacocinética determina una heterogeneidad en las concentraciones plasmáticas observadas en varios individuos después de la administración de una misma dosis; la variabili-

dad farmacodinámica determina una respuesta fisiológica distinta en distintos sujetos en respuesta a las mismas concentraciones de principios activos.

La variabilidad farmacocinética es bien conocida y fácilmente detectable, a través de la observación de las concentraciones plasmáticas asociadas a determinadas características de los pacientes, y en la mayoría de casos puede ser manejable mediante ajustes de la dosis. Esta variabilidad tanto puede ser inherente al individuo, condicionada por variaciones genéticas en los sistemas de absorción, distribución, metabolismo o excreción de los fármacos, como adquirida por interacción fármaco-enfermedad (insuficiencias renal o hepática son ejemplos clásicos) o por interacción con fármacos o alimentos administrados de manera concomitante. Diversas secciones de la ficha técnica (tabla 1) están dedicadas a recoger estas características, y a establecer modificaciones en las recomendaciones de dosificación de los medicamentos en función de las fuentes conocidas de variabilidad. De hecho, una parte relevante del desarrollo clínico que se solicita para registrar un fármaco se basa en docu-

mentar la presencia o ausencia de estas variaciones, y en establecer modificaciones en la posología o medidas de supervisión de los pacientes destinadas a gestionarlas.

Las características fisiológicas, patológicas o genéticas que determinan variabilidad farmacodinámica son mucho más difíciles de detectar y de prever que las farmacocinéticas. El progresivo desarrollo de la biología molecular y el conocimiento creciente de los mecanismos fisiopatológicos y de acción de los fármacos se han asociado a un mayor protagonismo del estudio de esta fuente de variabilidad en los últimos años. El estudio de los condicionantes de respuesta abre nuevas posibilidades para comprender los mecanismos moleculares implicados en la fisiopatología, identificar las proteínas implicadas en estos mecanismos y las consecuencias de variacio-

nes genéticas en las funciones celulares. Un conocimiento más detallado abre innumerables puertas al desarrollo de nuevas aproximaciones terapéuticas.

Así, el descubrimiento de diversos marcadores de susceptibilidad de los tumores a los quimioterápicos (como receptores, factores señalizadores, enzimas transportadores o metabolizadores o genotipos tumorales, entre otros) se ha incorporado en las últimas décadas a la terapéutica oncológica, y se utiliza para seleccionar y refinar la indicación de determinados tratamientos cuyo valor a nivel poblacional es radicalmente distinto de su valor en poblaciones seleccionadas. Este avance ha mejorado los resultados clínicos, y ha servido también para abrir nuevas vías terapéuticas basadas en mejorar la especificidad de los tratamientos. Uno de los primeros ejemplos de estas aproximaciones fue el descubrimiento de que la sobreexpresión

Las características fisiológicas, patológicas o genéticas que determinan variabilidad farmacodinámica son mucho más difíciles de detectar y de prever que las farmacocinéticas

Tabla 1. Ejemplos de información regulatoria sobre heterogeneidad en la respuesta incluida en la ficha técnica.

	Tipo de heterogeneidad principal
4.1. indicaciones cada vez más acotadas a un tipo particular de pacientes, indicaciones larguísimas que detallan situaciones concretas de fallo a otras terapias o presencia de determinados predictores de respuesta, incluyendo p ej en Oncología el genotipaje del sujeto	Farmacodinámica
4.2. Posología en poblaciones especiales, titulaciones de dosis en sujetos con características especiales; las clásicas son el ajuste por función renal, pero puede incluir indicaciones en caso de alteraciones de la PK del producto en base a características fenotípicas o genéticas	Farmacocinética
4.3. Contraindicaciones: situaciones concretas que definen sujetos en los que el tratamiento plantea riesgos inaceptables	Farmacocinética o farmacodinámica
4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo: descripción detallada de circunstancias clínicas modificadoras del beneficio o del riesgo del producto	Farmacocinética o farmacodinámica
4.5. Interacciones: en ocasiones se incluyen recomendaciones basadas en fenotipaje de enzimas metabolizadores, y recogen la influencia de la complejidad terapéutica del individuo	Farmacocinética o farmacodinámica
4.6. y 4.7. Embarazo y lactancia y efectos sobre la capacidad de conducir y manejar máquinas- formas particulares de 4.2 y 4.4	Farmacocinética o farmacodinámica
4.8. Aparte de enumerar reconociendo si una reacción adversa es frecuente o infrecuente, indica factores de riesgo para potenciales efectos adversos más severos, base para 4.4.	Farmacocinética o farmacodinámica



del receptor para el factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2) se observa en un 20-30% de los cánceres de mama metastásicos, y se asocia a un peor pronóstico. La sobreexpresión condiciona una señalización excesiva de crecimiento celular y anula las señales de autorregulación por muerte celular programada. Este descubrimiento permitió desarrollar un anticuerpo monoclonal anti-HER2 (el trastuzumab) que interfiere la activación del receptor, interrumpe la señalización de crecimiento descontrolado y recupera los mecanismos celulares de muerte programada. Su utilización ha mejorado sustancialmente el pronóstico de este tipo de tumores - aunque no resulta de utilidad en ausencia de la sobreexpresión HER-2. Como este, existen otros múltiples tratamientos que han surgido en las últimas décadas, a la par que la forma de investigar nuevos tratamientos oncológicos ha variado sustancialmente. Es habitual desde hace unos años que los ensayos clínicos en Oncología incorporen la toma de muestras tumorales y de otro tipo destinadas a tipificar genotipos y fenotipos celulares para refinar las indicaciones de los tratamientos. Otras áreas terapéuticas siguen el mismo camino, por ejemplo en la fibrosis quística existen tratamientos, como el ivacaftor, cuya eficacia se limita a un subtipo genético de la enfermedad (en el caso del ivacaftor, la mutación G551D en el gen CFTR).

El éxito tremendo de esta aproximación es innegable, en cuanto progresivamente se ha ido traduciendo en la aparición de nuevas herramientas clínicas que permiten una selección de los tratamientos guiada por factores biológicos, aumentando sustancialmente las proporciones de respuesta en poblaciones "enriquecidas" - aquellas en las que la probabilidad de respuesta

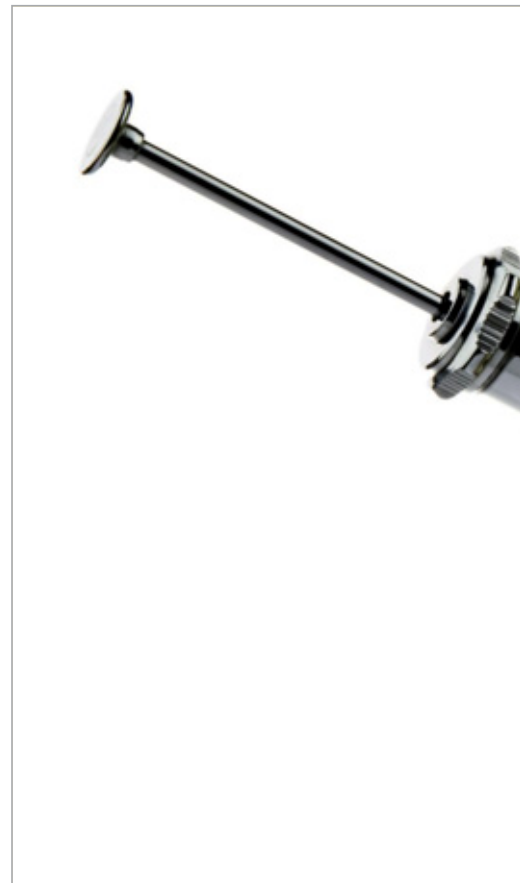
es mucho mayor en base a la presencia de una característica determinada - y evitando en cambio el tratamiento de pacientes con escasas probabilidades de obtener un beneficio clínico. La selección de los más probables respondedores en base al gen o fenotipo implica una minimización del ensayo-error hasta dar con el tratamiento apropiado para un sujeto determinado, y de manera similar aporta nuevos elementos a la gestión del riesgo, identificando sujetos en los que es conveniente evitar, prescribir a dosis más bajas, o monitorizar estrechamente un fármaco determinado.

Este movimiento hacia una personalización de la terapéutica forma parte de una tendencia mucho más amplia, que trasciende con creces la terapéutica, y está transformando la clínica que se enfrenta a una subdivisión progresiva de los diagnósticos en base a la presencia de marcadores, y a la incorporación de la biología molecular al diagnóstico diferencial. A medida que progresa el conocimiento de los mecanismos de la enfermedad, aumenta el número de enfermedades, aparecen nuevas opciones para influir sobre las mismas y aumenta el número de indi-

El fraccionamiento clínico-biológico de la enfermedad implica una mayor eficacia, pero también una menor población diana y un avance sustancial en la certidumbre del tratamiento, y por lo tanto en su eficiencia

caciones para un número creciente de tratamientos cada vez más específicos. En terapéutica, este fraccionamiento clínico-biológico de la enfermedad implica teóricamente una mayor eficacia (o menor riesgo), pero también una menor población diana y un avance sustancial en la certidumbre del tratamiento - y por lo tanto en su eficiencia.

Las implicaciones de estos avances son tremendas y trascendentes. Su potencial repercusión en la calidad de la atención sanitaria es teóricamente innegable: la



reducción del número de fracasos terapéuticos y de reacciones adversas se traducirá en una mejora de los resultados en salud y una optimización de los recursos, lo que a su vez debe reducir los costes sanitarios. Por otra parte, la profundización en el conocimiento biomolecular y fisiopatológico favorece el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas y tratamientos dirigidos, mejorando globalmente la salud poblacional. Pero su impacto sobre un modelo sanitario que no está preparado para este cambio de paradigma es incierto.

Los diagnósticos aumentan en su complejidad técnica y se encarecen. La manera de indicar los tratamientos se tecnifica y se apoya cada vez más en resultados biológicos, más que clínicos. Las indicaciones se fraccionan y hay que priorizar la asignación de recursos en base a datos objetivos de eficacia y seguridad, pero las poblaciones diana se fraccionan y son



menores. La mayor eficacia permite que los estudios se reduzcan en el tamaño de la población que estudian, y aportan información específica pero difícil de extrapolar en cuanto al uso potencial de los tratamientos en la población general. La cuestión de la seguridad abre una nueva incertidumbre, ya que las poblaciones se singularizan y fraccionan, de modo que es posible que los requerimientos de la ICH E1 (mínimo de 1.500 pacientes tratados) resulte difícil de cumplir, especialmente en indicaciones de prevalencia escasa. Es probable que una aproximación a la evaluación del balance beneficio-riesgo en estas condiciones pueda tener, por otra parte, un mayor peso del beneficio del que suele tener en poblaciones promedio, por lo que la forma de evaluar la información probablemente tendrá también que adaptarse al nuevo escenario. El contexto de la "real life evidence" y la posibilidad de completar los datos regulatorios con la experiencia post-comercializa-

ción precoz seguramente cobrarán una nueva relevancia en los procedimientos de evaluación regulatoria, ya sea mediante los registros electrónicos de datos clínicos, o a través de la implicación de los pacientes en el proceso de desarrollo.

Desde el punto de vista de gestión sanitaria, los cambios serán considerables. Los nuevos fármacos deben seguir el proceso habitual de desarrollo, con costes elevados que requieren inversiones multimillonarias de las empresas farmacéuticas, las cuales a su vez esperan un retorno de la inversión en recompensa a la innovación y el avance terapéutico. Pero tanto la reducción de las poblaciones a tratar como la reducción en la escala de producción y de distribución de los nuevos tratamientos se asociará a precios más elevados por tratamiento, requeridos por las empresas para garantizar el retorno de su inversión. La aparición de nuevas indicaciones y opciones

terapéuticas eficaces aumentará las demandas de cobertura farmacéutica, y habrá un enorme incremento de los costes sanitarios por paciente. Es de prever que este incremento en los costes aumente aún más las diferencias en el acceso a las innovaciones médicas entre regiones con niveles distintos de desarrollo, y entre pacientes con recursos económicos distintos. Es de prever también que los sistemas sanitarios públicos lleguen a un punto en el que la financiación universal no sea posible, y parte de la cobertura sanitaria tenga que recaer en el paciente. Es lógico pensar que la industria farmacéutica se avance a este hecho aumentando la información del consumidor final a través de las redes sociales, y fomentando movimientos de "patient empowerment". Los efectos esperables a largo plazo en cuanto a la supervivencia y la mejoría en la calidad de vida de la población serán efectos adicionales que plantearán nuevos retos.

El clínico también deberá adaptar su ejercicio al nuevo paradigma. El conocimiento progresivo de los motivos de la heterogeneidad en la respuesta comporta cambios en el concepto de personalización de la Medicina, que incorpora a los criterios de Medicina basada en la evidencia y a la personalización basada en criterios clínicos un elemento de determinismo, una nueva dimensión fisiopatológica, que le aleja de los conceptos subjetivos de la experiencia clínica.

Nos enfrentamos, pues, no solo al estudio de la variabilidad en la respuesta, sino a un emocionante momento de cambio, una transformación profunda en la que la tecnificación diagnóstica y la selección terapéutica basadas en criterios biológicos introducen en la práctica médica un elemento revolucionario en muchos aspectos. No se trata solo de decidir el mejor tratamiento para un paciente determinado, se trata de la aplicación inmediata de un nuevo concepto que sin duda va a requerir cambios profundos en la forma de entender, estudiar, ejercer y financiar la Medicina ■

El
reto
de la
asistencia





Sanitaria en las residencias de ancianos

Los profesionales del sector sociosanitario hablan de “la soledad del médico de residencia”, en referencia a que muchas veces deben tomar decisiones de urgencia sin el apoyo o el consejo de otros compañeros. Las principales asignaturas pendientes en el sector son la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la integración de los servicios sociosanitarios, la historia clínica compartida, los cambios en el sistema de prescripción y el reconocimiento laboral.

Texto | Eva Fariña



REPORTAJE

El reto de la asistencia sanitaria en las residencias de ancianos

El envejecimiento de la población ha cambiado el perfil del usuario medio que antes acudía de forma voluntaria a un asilo. Ahora una persona recién jubilada, todavía joven y sana, ya no siente la necesidad de ingresar en un centro social de estas características. Muy al contrario, el perfil medio de persona que entra en una residencia suele ser un anciano de avanzada edad con enfermedad crónica y comorbilidades.

En consecuencia, las residencias han tenido que cambiar el patrón de recursos humanos e incorporar a más médicos y, en general, personal sanitario como profesionales de Enfermería, fisioterapeutas, etc. El problema es que el Sistema Nacional de Salud es menos ágil y necesita más esfuerzo para mover toda su estructura y adaptarse a los nuevos tiempos.

“Nada tienen que ver los antiguos asilos con los actuales centros sociosanitarios, que son auténticos hospitales de intermedios”, ha defendido María José Jiménez, presidenta de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER). “Los centros sociosanitarios deben ser considerados como un nivel asistencial más, entre la Atención Primaria y la hospitalaria, para poder atender las necesidades de una población envejecida y enferma que requiere continuos cuidados médicos y de Enfermería”, ha añadido.

El primer motivo de ingreso de un anciano en una residencia es la dependencia, que suele estar marcada por la pluripatología evolucionada que genera incapacidad funcional. Cuando el paciente es anciano, el personal sanitario debe tener experiencia y una formación específica en Geriatría, como ha defendido la Dra. Jiménez,

quien también ha hablado de “la soledad del médico y/o DUE” en los centros sociosanitarios. “Estos profesionales deben tomar decisiones de urgencia y en muchas

ocasiones se encuentran solos, por lo que la experiencia es muy importante para tener claros los protocolos de actuación”.

Según la SEMER, el médico de residencia suele tener el perfil de un facultativo de Primaria o un internista con conocimientos de legislación y de Medicina Legal. “Además de las patologías, tiene que atender aspectos legales relacionados con la toma de decisiones en pacientes incapacitados o el uso de medidas de contención, por ejemplo. Asimismo, tiene que manejar aspectos éticos, sobre todo al final de la vida de los residentes. Por ello, está obligado a conocer las directrices pautadas por ley en este sentido”, ha explicado María José Jiménez.

más de las patologías, tiene que atender aspectos legales relacionados con la toma de decisiones en pacientes incapacitados o el uso de medidas de contención, por ejemplo. Asimismo, tiene que manejar aspectos éticos, sobre todo al final de la vida de los residentes. Por ello, está obligado a conocer las directrices pautadas por ley en este sentido”, ha explicado María José Jiménez.

Por su parte, José Antonio López Trigo, presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), ha reivindicado el papel del médico especialista en la residencia. “El equipo sanitario debe tener una mayor especialización en el nuevo perfil de usuario, y muchas veces es necesario un médico geriatra o que tenga una amplia formación en Geriatría para tratar a un anciano frágil o anciano dependiente. Actualmente se exige una mayor formación en Geriatría, cuando antes era más habitual contar con un médico de familia”.

En cualquier caso, el médico de residencia debe saber trabajar en equipo, como ha destacado la presidenta de la SEMER: “Si hay especialidades eminentemente interdisciplinares, la Geriatría es una de

ellas. Se trata de atender al residente no solo en materia sanitaria, sino también en la esfera ‘psico-bio-social’, así como a sus familias”.

En este engranaje, los profesionales de Enfermería son vitales. Ellos son el referente de los centros y el enlace entre el ámbito social y el sanitario. “En ausencia del médico, el enfermero valora y decide en materia sanitaria”, ha asegurado Jiménez.

La prescripción

Los profesionales relacionados con los centros residenciales y el sector sociosanitario reclaman cambios en la gestión farmacéutica y en el modelo de acceso a los medicamentos y productos sanitarios, como ha quedado reflejado en las conclusiones de la jornada ‘Mesa de Diálogo: Cronicidad y atención sanitaria en cen-



tros residenciales', organizada por la Fundación Edad&Vida.

María José Jiménez ha recordado que en la mayoría de los casos la práctica de la Medicina en residencias se realiza en el ámbito privado. "Por tanto, el médico de familia es el responsable último del paciente atendido por el médico de residencia. Esta situación exige un compromiso bilateral entre ambos facultativos, basado en la confianza y en la resolución de casos de forma consensuada. Para ello se ha de trabajar bajo los mismos procedimientos y protocolos", señala.

Esta unificación de criterios es todavía más complicada debido a las diferentes normativas vigentes en las Comunidades Autónomas. Así, cada autonomía registra distintos tipos de centros sociosanitarios, con legislación diversa en cada una de ellas, que dictamina desde cómo y dónde

comprar la medicación, hasta el ratio de personal, pasando por la tipología de residencias, la colaboración público-privada, etc.

En la misma línea, el Dr. López Trigo ha lamentado que en España haya "tantas desigualdades que hacen especialmente compleja la prescripción en las residencias". "Los médicos de algunos centros públicos pueden prescribir directamente; sin embargo, otros profesionales de residencias públicas tienen que utilizar para las recetas al médico del centro de salud, como ocurre en Andalucía. En esta comunidad au-

tónoma el médico no prescribe directamente, sino que hace la proposición de prescripción a través de la unidad de residencias. En otros sitios el médico de residencia solo puede elaborar una propuesta para que el

médico de cabeza sea el que prescriba. Otras residencias prescriben a través de la farmacia hospitalaria del sector que le corresponda", ha relatado.

"Esta dicotomía perjudica al paciente -asegura

López Trigo- porque normalmente hay retrasos en la prescripción o nos encontramos con el problema añadido de que en las farmacias hospitalarias no hay muchos medicamentos de los que se prescriben en la calle". En muchísimas residencias españolas hay pediatras que no pueden hacer prescripción de médico especialista porque, por ejemplo, algunos fármacos para tratar la demencia están sujetos a un visado y una inspección. "La consecuencia es que el fármaco puede tardar muchos días en llegar al paciente y que el médico dedica demasiado tiempo a la burocracia, en lugar de atender al enfermo. En función del lugar en el que uno resida, se puede tener mayor o menor accesibilidad a los tratamientos o a la realización de pruebas complementarias. Con este sistema se malgastan los recursos y, lo que es peor, se retrasan los diagnósticos y los tratamientos, en perjuicio de los pacientes".

Esperanza en la Estrategia de Atención Integral Sociosanitaria

En el marco de la Estrategia de Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), el Ministerio de Sanidad está ultimando el documento base para promover una Estrategia de Atención Integral Sociosanitaria. Agustín Rivero, director general de

Los antiguos asilos a donde se retiraban los jubilados se han transformado en hospitales de intermedios para ancianos que necesitan profesionales sanitarios especializados





UN MAYOR RECONOCIMIENTO LABORAL

El médico de residencia sigue estando muy mal considerado a efectos laborales, pese a quedar patente su gran responsabilidad por la tipología de los pacientes que atiende”, ha criticado María José Jiménez, presidenta de SEMER.

“La mayoría de los centros sociosanitarios son privados o concertados de gestión privada. En general, están supeditados al convenio de residencias, en el que el médico aparece como un miembro más del equipo, sin tener en cuenta que se trata de un licenciado superior, con grandes atribuciones a su cargo y muy mal remunerado. Tan solo aquellos centros de gestión privada que valoran sus equipos médicos mejoran sus salarios. En el ámbito público, el médico de residencias tiene un salario inferior al de Primaria, por el hecho de que ejerce la Medicina en un centro sociosanitario”, ha explicado.

La Dra. Jiménez también se ha referido a la formación, “prácticamente inexistente”, y que va a cargo del médico y de colaboraciones de la industria farmacéutica. “Cada vez es más difícil formarse, ya que el profesional no dispone de días para ello y no puede asumir los grandes costes que supone. En el ámbito público sí se dispone de esos días de formación, aunque son escasos. En el sector privado la formación está supeditada a la buena voluntad de la empresa, que en algunos casos facilita ese tiempo, pero no es lo habitual”.

En cuanto a la carrera profesional, la presidenta de la SEMER ha asegurado que es “inexistente como tal en el ámbito privado, mientras que en el público se puede optar pasados dos años de ejercicio, valorando méritos y formación”.

rantizar una continuidad asistencial que permita atender al residente de una manera óptima y evitarle todos los desplazamientos innecesarios, especialmente que el anciano esté en un entorno hospitalario que puede resultarle hostil y generarle nuevas patologías y comportamientos anómalos”. En este sentido, SEMER colabora desde hace varios años en grupos de trabajo de coordinación sociosanitaria, por ejemplo en la Comunidad de Madrid.

La SEGG también participa en la comisión de la Estrategia de Atención Integral Sociosanitaria que ha creado el Ministerio de Sanidad para conocer la visión de las sociedades científicas. López Trigo ha explicado que son reuniones “muy técnicas”: El lenguaje entre compañeros “es más fácil que cuando tenemos que hablar con gente que no se mueve en nuestro ámbito. En este sentido, tengo serias esperanzas en la mejora de la atención sociosanitaria y del sistema para que sea más eficaz y más eficiente”.

“Nuestras propuestas son muy sencillas y basadas en la práctica. A nivel de coordinación, hemos solicitado que se puedan establecer todos los niveles que necesita la especialidad, desde la Atención Hospitalaria en la fase aguda de una enfermedad, hasta la atención domiciliaria o la atención en residencias, y que esa asistencia depen-

da siempre de los mismos equipos. El objetivo es que haya una continuidad médica”, ha indicado.

También se ha solicitado que los equipos de atención sanitaria en las residencias tengan un apoyo en los equipos

hospitalarios. “La idea es que cuando se haga una derivación exista una historia única que viaje siempre con el paciente para que todos tengamos una informa-

Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, ha indicado en la jornada organizada por la Fundación Edad&Vida que “el objetivo es incluir la opinión de todos los agentes involucrados en la actividad sociosanitaria (colegios profesionales, sociedades científicas, etc.)”. La necesidad de establecer un marco básico para una atención integral sociosanitaria se basa principalmente en los cambios demográficos presentes y futuros. “Ello supondrá un cambio en la organización actual de los servicios y quizás también del modelo asistencial, para poner a la persona en el centro del sistema”, según ha comentado.

En el borrador, el Ministerio ha propuesto una Cartera Común de Servicios del SNS, cuyo objetivo es mejorar el estado de salud, la autonomía, la funcionalidad física, psíquica y social del usuario, así como facilitarle

la permanencia, en la medida de lo posible, en su domicilio o entorno social para contribuir a mejorar su calidad de vida y la del cuidador, respetando siempre sus preferencias. La Estrategia también contempla crear la figura del ‘gestor de casos’ a nivel de Atención Primaria (médico, Enfermería, trabajador social, etc.), para asegurar la atención necesaria en cada caso.

María José Jiménez se ha mostrado “convencida” de que esta estrategia va a mejorar la situación actual. “Tenemos que ga-

El Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad del SNS establece la necesidad de crear un servicio de farmacia en todas aquellas residencias sociales con 100 o más plazas

ción completa. Lo que ocurre ahora es que a veces se cruzan los informes, no llegan o están incompletos. Los sistemas de telemedicina nos pueden ayudar mucho, son muy sencillos. Tal y como explica, en aquellos sitios donde se están implementando están obteniendo resultados extraordinarios. “Consideramos que estas medidas no suponen grandes gastos económicos ni un incremento desorbitado de las plantillas”.

Servicio de farmacia e historia clínica compartida

El Informe ‘Perfil sanitario de las personas integradas en centros residenciales’, realizado por la Fundación Edad&Vida, defiende “un modelo integrado de atención sociosanitaria”, en el que los centros residenciales deberán estar debidamente acreditados y, en el caso de contar con un elevado número de plazas, tendrán que disponer de servicios de farmacia con farmacéuticos responsables de la gestión de medicamentos y productos sanitarios. “Ello contribuiría a mejorar el servicio prestado y permitiría un sensible ahorro económico. Estos servicios deberían contar con financiación pública que cubriese los costes de fármacos, productos sanitarios y dietéticos, así como los gastos de su gestión”, defiende el estudio.

También el informe ‘Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas’, elaborado por la misma fundación, determina que es “urgente el cambio de modelo de acceso a los productos farmacéuticos y sanitarios, así como la financiación de los mismos”. De hecho, los expertos han reconocido que en la práctica existe un ‘prescriptor real’, que está en las residencias, y otro ‘administrativo’.

Según el informe, el modelo de acceso a los productos farmacéuticos y sanitarios (vía prescripción del centro de Primaria y dispensación de la oficina de farma-



cia) incorpora, aparte de circuitos administrativos, incentivos inadecuadamente dirigidos, “ya que responsabiliza del gasto a quien no acaba decidiendo y no permite establecer un modelo adecuado de corresponsabilidad con aquellos agentes que están en condiciones de gestionarlo”.

Óscar del Álamo, uno de los autores del informe, ha recordado que el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad de SNS establece la necesidad de crear un servicio de farmacia

en todas aquellas residencias sociales con 100 o más plazas. “Esta normativa no ha sido ni aplicada ni desarrollada”, ha puntualizado.

Asimismo, en el modelo integral debe facilitarse la vinculación e incorporación de la historia clínica compartida en todos los centros sociosanitarios, como han defendido David Macià, director ejecutivo de Hestia Alliance, y Carolina González, subdirectora general de Farmacia del Servicio Gallego de Salud (Sergas), entre otros especialistas ■



La mejor formación

ayuda a una mejor asistencia,
mejor docencia
y mayor investigación

Pilar Garrido

Presidenta del Consejo Nacional de Especialidades
en Ciencias de la Salud

Texto | Clara Simón

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA Pilar Garrido

“La mejor formación ayuda a una mejor asistencia, mejor docencia y mayor investigación”

Hace unos meses que se ha estrenado en el cargo y recibe a El Médico con la cordialidad que le caracteriza. Pilar Garrido asume la presidencia del Consejo Nacional de Especialidades con una clara voluntad integradora y teniendo como objetivo la excelencia en la asistencia. Para eso, es clave y prioritaria una buena formación.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud?

El Consejo Nacional de Especialidades es un consejo asesor y, por lo tanto, nuestra labor fundamental es asesorar tanto al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como al de Educación, Cultura y Deporte. Está claro que el proyecto más importante en estos momentos es la troncalidad, su desarrollo; aunque hay otros aspectos muy relevantes que son competencia del consejo, como es informar sobre la oferta de plazas para el MIR de forma anual y el desarrollo de las competencias transversales. Esta es una encomienda que tenemos. Debemos elaborar el reglamento de régimen interno del funcionamiento en el consejo.

¿En qué momento se encuentra la troncalidad?

La información que tenemos, después de la reunión de la comisión permanente, es que en breve se van a constituir las comisiones delegadas troncales. Por lo tanto, entendemos que habrá un periodo de tiempo en que estas comisiones empiecen a trabajar para desarrollar el periodo troncal.

¿Cuál es la relación que mantienen con el Ministerio de Sanidad?

El Consejo está formado por los presi-

dentes de todas las comisiones nacionales y, además, está la comisión permanente. Queremos que se reúna mensualmente. La primera ya ha tenido lugar y deseamos que se siga con fluidez, porque consideramos que tenemos un trabajo por delante importante. Por lo tanto, quisiéramos ejercer esta labor de asesoramiento con nuestra mejor voluntad y esfuerzo, pero el primer paso es empezar a trabajar. En esa primera reunión creamos un clima de voluntad de trabajo

muy positivo, que es el que espero que sigamos.

La relación con el Ministerio de Educación, ¿es a demanda?

Por ahora, el Ministerio de Educación no nos ha dirigido ninguna encomienda específica. Por lo tanto, mis interlocutores han sido los de la comisión permanente. Hasta este momento, ha sido para la ordenación general de formación profesio-



nal. Tenemos una relación bastante fluida, pero por el momento no hemos sido requeridos por ellos.

En la formación del especialista, ¿qué papel tiene la investigación?

Le puedo dar la visión de la Oncología. Cuando hicimos el cambio de programa formativo de nuestra especialidad, tuvimos muy en cuenta esos aspectos y se

definieron competencias claras relacionadas con la investigación y, sobre todo, con la formación en investigación. Entiendo que esta es una labor de cada comisión nacional. Al fin y al cabo, el consejo y la comisión permanente lo que tienden es a armonizar, pero el trabajo inicial es de cada comisión nacional. Por lo tanto, el peso de la investigación es un aspecto que tienen que reflexionar los especialistas de cada área.

Y, ¿desde su punto de vista?

Es fundamental. Son fundamentales competencias específicas pero también competencias transversales: la investigación, el conocimiento sobre la bioética... Hay muchos temas que son cruciales, como las herramientas de comunicación, y hay un sinnúmero de competencias que son transversales y sobre las que trabajaremos. En concreto, el área de investigación es probable que tenga un contenido de mayor profundidad en algunas especialidades que en otras, pero nosotros seguiremos el criterio de cada comisión nacional.

¿Cómo está la coordinación entre ellas?

Aquí se circunscriben los programas formativos. En ese contexto, el reto más importante que hay ahora es conciliar todos los programas para que se combine a tra-

vés de los periodos troncales una formación común en competencias transversales de mucha calidad, pero que permita, y aquí depende de cada comisión, que los contenidos específicos que cada una considere necesarios que se impartan queden bien reflejados en la parte no troncal.

Con respecto a los países de nuestro entorno, ¿cómo se sitúa España en los planes de formación?

Es muy variable por especialidades. Me vuelvo a remitir a Oncología, porque aún no he tenido tiempo de profundizar en los aspectos específicos de cada especialidad.

Así, en Oncología no es homogéneo en toda Europa, pero hay un gran esfuerzo por parte de la Sociedad Europea de Oncología Médica y de la Sociedad Americana de que haya un currículum formativo común, al que se le puedan sumar las peculiaridades formativas de cada país. Eso es a lo que tenemos que ir, porque es crucial armonizar. Ahora mismo estamos formando médicos, un porcentaje de los cuales previsiblemente desarrolle su trabajo en un futuro en países de nuestro entorno. Por lo tanto, tiene que haber una fluidez que permita que no haya problemas burocráticos, que debido a una formación diferente, les impida desarrollar su trabajo fuera. En

este sentido, tenemos que mirar a Europa, homogeneizar y defender nuestro modelo frente a otros. Es una tarea que tenemos muy clara.

Entonces, ¿parte de la formación podría realizarse en otros países?

No lo veo tanto en ese contexto, sino en que la formación que ofrezcamos sea similar. De forma que, si por ejemplo, un noruego viene a ejercer la Oncología a España podamos estar confiados en que la calidad de su formación sea similar a la que exigimos aquí a nuestros profesionales. De la misma manera, un oncólogo o un cardiólogo español que quiera trabajar en Alemania tenga una formación común que garantice la calidad para los pacientes que vaya a tratar y que no suponga un lastre burocrático el que no se hayan homologado los programas.

En este contexto de la formación, ¿qué importancia tiene la continuada?

Es un tema crucial para todas las comisiones nacionales y para todas las sociedades científicas. En este sentido, hay bastante interés y reflexión sobre aspectos de recertificación. Por un lado, están las cuestiones que están liderando los colegios de médicos, como es el caso de la validación periódica de la colegiación, y la recertificación de los conocimientos científicos que aseguran la atención de los ciudadanos con calidad y seguridad. Es un tema en el que las sociedades científicas y las comisiones nacionales tienen mucho que decir. Es un camino que tenemos que empezar a andar y en el que tenemos que ir

Está claro que el proyecto más importante en estos momentos es la troncalidad, su desarrollo; aunque hay otros aspectos muy relevantes que son competencia del consejo, como es informar sobre la oferta de plazas para el MIR de forma anual y el desarrollo de las competencias transversales



ENTREVISTA Pilar Garrido



todos de la mano y buscar puntos de encuentro. Me consta, porque ha habido ya algunas reuniones, que hay interés tanto por parte de la Dirección General de Ordenación Profesional como por parte de las sociedades científicas, el Consejo Nacional de Especialidades y la Organización Médica Colegial en que hagamos un debate y una reflexión serena de cómo lo podemos hacer.

¿Las nuevas herramientas tecnológicas disponibles aportarán valor?

El primer mensaje es que queremos implementar una recertificación. Luego habrá que ver cómo hacerlo. Primero hay que llegar al consenso sobre qué entendemos como recertificación, en qué se parece y en qué es diferente a la validación periódica de la colegiación, y luego ver las herramientas con las que se podría hacer.

¿Qué interés se percibe por parte del especialista en cuanto a temas de formación?

Tanto el médico en formación como el especialista tienen un interés por la formación, no me cabe duda. Además que está en nuestro Código Deontológico; tienes que continuar formándote porque las cosas cambian. Tengo la suerte de trabajar en una especialidad que me apasiona entre otras cosas porque supone un cambio continuo, lo cual quiere decir que cada día les podemos ofrecer más opciones a nuestros pacientes. Esto requiere estudio y puesta al día. Todos los médicos están comprometidos con estudiar los avances que se producen en su especialidad. Está claro que con grados diferentes, pero sí que hay interés en la formación continuada. En ocasiones, es complejo como conciliar horarios para tener una actividad asistencial de calidad que nos deje tiempo para la formación continuada. Las administraciones tienen mucho que decir. La necesidad es clara y es reconocida por todos. De hecho, nos la exigen los ciudadanos y los pacientes.

¿Todo esto ayudará a mejorar la asistencia?

Sin duda. La mejor formación ayuda a que haya una mejor asistencia, mejor docencia y a una mayor investigación. Si estás más al día, surgen más preguntas y más iniciativas de investigación. Todo es un círculo "virtuoso".

¿Cómo es la asistencia española con respecto a nuestros vecinos?

Nuestro sistema MIR, que es el sistema por el que se forman los médicos que luego van a atender asistencialmente a los pacientes, tiene muchas cosas buenas, ya que ha tenido mucho reconocimiento internacional y, por eso, podemos decir que tenemos una formación con calidad. Sí es cierto que como no tenemos implementados los mecanismos de recertificación y de evaluación de la calidad, aún no podemos medirnos. Deberíamos tener algunas métricas. Desde las comisiones nacionales y desde las sociedades científicas hay mucho interés en disponer de métricas que nos permitan defender que tenemos un sistema muy bueno. Me consta que hay interés en medir la calidad de nuestra formación de forma más concreta.

¿En el MIR o en la formación continuada?

En ambas. Se utilizarían métricas diferentes. Los conocimientos que tenemos que exigir a un residente o a un adjunto recién acabado no son los mismos que los que se utilizan para medir la calidad de los profesionales que llevan años desempeñando su profesión. A su vez, es muy difícil poner esto con unas métricas concretas. Por lo tanto, lo que hay que hacer es una reflexión de cómo hay que hacerlo. Estos aspectos ligan otra vez con el tema de la recertificación, de cómo hay que hacerla. Creo que hay un interés claro de sentarse para ver cómo podemos hacer esto que nos dará una información muy útil de cómo mejorar algunos aspectos ■



SI TIENE ENTRE
25 Y 30 AÑOS Y
**ESTÁ O
ACABA DE
COLEGIARSE**
COMO PROFESIONAL
SANITARIO

50%* bonificación
para **NUEVOS COLEGIADOS**
en su Seguro de Automóvil

EN A.M.A. QUEREMOS ESTAR CON USTED
DESDE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Tel. 913 43 47 00 ama@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Síganos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



Nos planteamos
mejorar
las
inversiones
y las
infraestructuras

Rafael López Iglesias

Gerente del Servicio de Salud de Castilla y León

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | SACYL



“Nos planteamos mejorar las inversiones y las infraestructuras”

Un paso de la gestión diaria de un hospital, a la gestión estratégica de un servicio de salud. Ese es el reto que afronta Rafael López Iglesias al frente del SACYL, donde apuesta por flexibilizar la organización para hacerla más horizontal, fomentar la autonomía de los profesionales a través de las 18 futuras unidades de gestión clínica y empoderar al paciente crónico. Todo ello dejando claro que con la crisis no se han recortado servicios, pero sí inversiones, y que por ello ahora vuelve a tocar invertir en infraestructuras

Parece que poco a poco va mejorando la economía, y con ella también la Sanidad, ¿cuál cree que es ahora la situación en la que se encuentra la Sanidad española?

Los datos apuntan a una mejora económica importante en nuestro país, y esto sin duda tendrá una repercusión en nuestro Sistema Nacional de Salud. En estos años de crisis lo que sí que tenemos que señalar es que no ha habido una pérdida de la cartera de servicios. Tanto en la Sanidad pública

en general, como en Castilla y León en particular, hemos mantenido todos los servicios que se prestaban antes de la crisis, y de hecho las carteras de servicios no solo se han mantenido sino que en algunos casos han incrementado sus prestaciones. Personalmente, a lo largo de los últimos 5 o 6 años he sido protagonista de creación de nuevos servicios en hospitales, y de nuevos protocolos y

proyectos también en Atención Primaria. Lo que sí es cierto es que hemos perdido en estos años un poquito la inversión en infraestructuras y tecnologías, por ello a partir de ahora lo que trataremos será tratar de recuperar esa desaceleración en las inversiones.

¿Y la Sanidad de Castilla y León?

En Castilla y León el panorama es parecido, desde la consejería nos planteamos mejorar también las inversiones y las infraestructuras. Queremos terminar el hospital de Salamanca en esta legislatura, pero también queremos trabajar en el hospital de Palencia, el de Zamora, y vamos a actuar también sobre 20 centros de salud, que bien serán reformados o serán de nueva creación porque serán obras nuevas.

Pero pese a ese freno en inversiones, parece que el SACYL mantiene un buen nivel. Recientemente el ministro de Sanidad,

Alfonso Alonso, hacía un especial reconocimiento a la Sanidad de Castilla y León, poniéndola de ejemplo para el resto de España por su reducción en las listas de espera y “por tener más prestaciones reconocidas”.

¿Podría comentar a qué se refería?

El ministro estuvo aquí con motivo de un reconocimiento a los MIR que iniciaban su formación con discapacidad en un acto muy emotivo en el Hospital Río Ortega de Valladolid. Durante el mismo, hizo referencia a que Castilla y León mantenía unos parámetros y datos bastante favorables con respecto



a las listas de espera, porque lo cierto es que están muy por debajo de la media de espera que tiene el SNS. En cuanto al tema de la dependencia, se refería a que esta es una de las comunidades con mejores y mayores prestaciones y con más rapidez a la hora de concederlas.

Si ese es el balance de la Sanidad en general, pasemos al suyo profesional. ¿Cómo es el paso de ser gerente de un hospital a llevar las riendas de un servicio de salud?

Yo empecé mi trayectoria profesional



como médico de Atención Primaria, fui médico inspector, acabé en el entorno de la gestión hospitalaria, y últimamente he sido gerente integrado de Atención Primaria y Hospitalaria. El hecho de dar el salto a la gerencia regional de salud supone un cambio bastante considerable. De pasar de una labor más ejecutiva digamos, resolver problemas del día a día, cuestiones puntuales y concretas, a una labor más estratégica, más planificadora. Estamos trabajando en esto, en establecer las líneas estratégicas para esta legislatura y los planes fundamentales que vamos a tener a lo largo de estos cuatro años. Por lo tanto he pasado de

una situación operativa directa, a tener una situación más estratégica y planificadora, que me da una visión más global de toda nuestra Sanidad regional, para dar respuesta a todos los centros que componen el SACYL.

¿Y cuáles son esas líneas estratégicas que comenta?

Nuestras líneas estratégicas para esta legislatura son cinco. La primera es sin duda alguna el paciente, nuestra razón de ser. Queremos dar a los usuarios más protagonismo, que tengan más acceso a la información y que sean más

partícipes de la gestión sanitaria. Otra línea estratégica es precisamente la estructura, donde el objetivo está en aplanarla, hacerla más ágil, apostar por la integración entre niveles asistenciales. Asimismo queremos abordar el darle un impulso a las infraestructuras, como ya he dicho. En cuarto lugar, estaría la línea estratégica de la innovación y la investigación, y la quinta y última, y no por ello menos importante, la de los profesionales. En este punto lo que queremos es darles también un mayor protagonismo y autonomía, que asuman más responsabilidad y sean elementos mucho más activos.



En ese sentido, uno de los retos sigue siendo la gestión clínica, ¿cómo se encuentra la situación de las unidades de gestión clínica en el SACYL?

Hemos sacado un decreto de unidades de gestión clínica que ya está publicado, y que se regulará ahora con una orden. Así, antes de que acabe el año, nuestra idea es poner en marcha alrededor de 18 unidades de gestión clínica en el área hospitalaria. Es decir, servicios clínicos que desarrollen su unidad. También en Atención Primaria, donde la idea es crear equipos que puedan desarrollar

la gestión clínica, y además en el área hospitalaria crear alguna unidad de gestión clínica dirigida por personal de Enfermería. En este momento estamos pendientes de hacer una modificación de la plantilla para poder llevar a cabo este proyecto, y una vez que tengamos la plantilla modificada sacaremos la orden, ya que queremos que empiecen a funcionar durante el año 2016. No olvidemos que en Castilla y León tenemos la experiencia de dos unidades que

están funcionando con resultados bastante satisfactorios. Estas son la Unidad de Cardiología del Hospital Clínico de Valladolid y la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Zamora. Es por ello que tenemos mucha ilusión puesta en este modelo de gestión, que no es nuevo, pero que es un modelo que favorece la gestión eficaz y eficiente de nuestros recursos, para dar a su vez participación a los profesionales, asumiendo responsabilidades y asumiendo

do un mayor compromiso con nuestros recursos.

Pese a esos resultados, lo cierto es que la gestión clínica no termina de implementarse. En unas recientes jornadas de SEDISA, César Pascual insistía en que esto es así porque es difícil llevarla a buen puerto si no se flexibiliza la gestión de los centros públicos y se les otorga mayor autonomía, ¿está de acuerdo?

Precisamente por eso nosotros hemos sacado un decreto. Hay comunidades autónomas que no han legislado la gestión clínica y otras que la han hecho hasta obligatoria, como puede ser Andalucía. Nosotros hemos apostado por regularla, legislarla y hacerlo con carácter voluntario. En esta norma lo que hacemos es cambiar aspectos que precisamente ayudan a flexibilizar la gestión en los centros. Topamos a veces con normativas que nos impiden avanzar en proyectos novedosos sobre gestión clínica, pero nos iremos adaptando y moldeando a estos aspectos

normativos. Insisto, nuestra idea es que sea voluntario; que no haya un cambio de titularidad en los centros; que no haya un cambio de vinculación laboral de los profesionales, es decir, que no se privatizan sino que se mantienen como estatutarios, o como funcionarios, los centros siguen siendo igualmente públicos, los salarios siguen estando regulados por los decretos de retribuciones, etc. Los cambios son más enfocados a la

gestión clínica y otras que la han hecho hasta obligatoria, como puede ser Andalucía. Nosotros hemos apostado por regularla, legislarla y hacerlo con carácter voluntario. En esta norma lo que hacemos es cambiar aspectos que precisamente ayudan a flexibilizar la gestión en los centros. Topamos a veces con normativas que nos impiden avanzar en proyectos novedosos sobre gestión clínica, pero nos iremos adaptando y moldeando a estos aspectos

normativos. Insisto, nuestra idea es que sea voluntario; que no haya un cambio de titularidad en los centros; que no haya un cambio de vinculación laboral de los profesionales, es decir, que no se privatizan sino que se mantienen como estatutarios, o como funcionarios, los centros siguen siendo igualmente públicos, los salarios siguen estando regulados por los decretos de retribuciones, etc. Los cambios son más enfocados a la

gestión, para que esta sea más flexible y poder obtener así más rentabilidad.

¿Y qué otros cambios serían necesarios para hacer la Sanidad pública más eficiente y productiva?

Para ser más eficientes veo necesarios cambios a tres niveles. Por una parte a nivel organizativo, donde estamos trabajando ya en modificar los decretos de organización de los centros, puesto que en Atención Hospitalaria nos seguimos rigiendo por el Decreto 521/87, es decir, un decreto que tiene casi 30 años. Queremos cambiarlo, queremos que nuestra organización sea mucho más horizontal, es decir, que haya esa flexibilización en la organización de la que hablábamos antes, que nos ayude a ser más rápidos y más ágiles, menos burocráticos. En segundo lugar, sobre los profesionales, que es donde entraría la gestión clínica, y todo lo que ya he mencionado. Finalmente, no me olvido de un tercer bloque importantísimo que son los pacientes, donde hay que tratar que sean más activos y participativos, así como más solidarios con la organización.

Otro de los problemas que señalan todos los expertos es la falta de transparencia, y por ello en su caso están trabajando en un portal de transparencia, ¿en qué situación se encuentra?

Se realizó una proposición no de ley en nuestro parlamento, en las Cortes Regionales, promovida por Ciudadanos y el Partido Popular, que consistía en la creación de un portal de transparencia que sirva para que el ciudadano sepa qué hacemos, cómo lo hacemos y en qué tiempo lo hacemos. Así, la idea es que el ciudadano conozca no solo lo que sabe ahora, como son las listas de espera en determinadas áreas, sino que también conozca la actividad que se realiza en los centros. De esta manera podremos potenciar algo que siempre me ha gustado como es el benchmarking entre servi-

cios de centros sanitarios, saber cuáles son los ratios de actividad de los profesionales. Esto servirá tanto a la población, como a los gestores y a los profesionales, para que puedan verse reflejados, favoreciendo una mejora continua.

Mencionado las listas de espera, recientemente su consejero anunciaba la creación de un plan de choque para reducirlas, ¿podría contar algo más al respecto?

Tenemos un compromiso para que a final de año SACYL presente un plan de reducción de demoras, no solo orientado hacia el área quirúrgica, sino también a otras áreas que a veces descuidamos más, aunque también tienen mucha importancia, como pueden ser las consultas externas o las pruebas diagnósticas, y también en Atención Primaria, que tiene un papel importante en las derivaciones. También queremos trabajar con especial hincapié las listas de espera en Oncología, donde en este momento ya estamos priorizando procesos que no pueden esperar más de 30 días. Por último, otro área que queremos agilizar es la de reproducción asistida, sobre todo teniendo en cuenta que cada vez tenemos una población más envejecida.

¿Y el abordaje de los enfermos crónicos? ¿Plantea el SACYL nuevas medidas en cuanto a cronicidad?

Tenemos hace ya tiempo desarrollada la estrategia del paciente crónico, ya que en nuestra comunidad, que está bastante envejecida, tenemos un elevado número de estos pacientes. El plan del paciente crónico se hizo ya en la legislatura anterior, pero hay que seguir desarrollándolo hacia el paciente activo, hacia la participación de los servicios sociales, hacia la participación de la Atención Primaria como eje vertebrador, así como en el impulso que se debe dar a los profesionales de Enfermería, que resultan también fundamentales en este cometido.

Por otra parte, parece que pese a todas las medidas implantadas, los últimos informes respecto al gasto farmacéutico indican que este continúa yendo en aumento, ¿qué plantean en este sentido?

Nosotros a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección Técnica de Farmacia tenemos planes y estudios de contención del gasto. Pero habría que hacer un análisis, que es que la cronicidad supone un incremento del gasto farmacéutico. Por ello, tenemos unos planes de choque para evitar las desviaciones presupuestarias en materia de medicamentos en Atención Primaria. En cuanto a Atención Hospitalaria, cada vez los tratamientos y las líneas de investigación son más novedosas, y tienen más eficacia, por lo que no podemos impedir que haya barreras en el acceso a la innovación.

¿Cómo se plantean desde Castilla y León la atención a inmigrantes en situación irregular ante las nuevas medidas tomadas por el gobierno central?

La presidenta regional de atención a inmigrantes reconoció en un debate que en Castilla y León no ha habido ni una sola reclamación a este respecto, es decir, que no se hubiera atendido a ningún inmigrante en situación irregular. Hemos seguido manteniendo la asistencia sanitaria a todos aquellos inmigrantes que lo han solicitado: niños, embarazadas y personas que acudieron a urgencias fueron atendidas. Por lo tanto seguiremos esta línea de actuación con la asistencia y la atención sanitaria a los inmigrantes en situación irregular. A partir de ahí, en todo lo que el Gobierno dictamine, nos acoge-

remos a la normativa. Ya hemos creado un comité de expertos para estar preparados para acoger a los inmigrantes que puedan venir de Europa, y seguiremos trabajando para mantener este nivel,

Por último, destacar que desde SEDI-SA ponían su nombramiento como ejemplo de profesionalización de los cargos directivos, ¿pero cree que actualmente la elección de los gestores sigue estando muy politizada?

Lo que he defendido siempre es que la gestión sanitaria debe de estar al margen de los criterios políticos y más cercana a la eficacia, la rentabilidad y al cumplimiento de objetivos. En SEDISA, sociedad de la que soy miembro y pertenezco a su junta directiva, tenemos un documento de trabajo y un estudio hecho de por qué se deben profesionalizar los directivos, y no puedo sino defender la idea de que los directivos deben estar profesionalizados, y no sólo eso, sino que además haya todo un desarrollo académico en la formación y en la especialización de los gestores sanitarios, como lo hay en otros países europeos ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)





Atención integrada, evaluación para la acción y Salud digital, claves para la transformación de los servicios de salud en Europa

La transformación del sistema sanitario hacia una gestión integrada de los servicios va más allá de las fronteras nacionales. Los retos a los que se enfrentan los sistemas de salud son internacionales, como la cronicidad, el envejecimiento de la población o los recursos limitados. Ante esta situación, los expertos en gestión señalan que las soluciones que se adoptan en las diferentes regiones no tienen por qué ser diferentes, o por lo menos, los gobiernos y los profesionales deberían aprender de lo que se está haciendo en otros lugares y colaborar entre ellos. Este ha sido el propósito del IV Simposio Internacional de Gestión en Atención Primaria organizado por la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP).

Texto y fotos | H.G.

Sistemas sanitarios muy diferentes están yendo en la misma dirección, hacia una organización integrada para mejorar los resultados en salud y conseguir un uso más eficiente de los recursos, asegura Rafael Bengoa, director del Área de Salud de la Escuela de Negocios de Deusto (DBSHealth) y exconsejero de Salud del País Vasco. Se apuesta por buscar sinergias entre los diferentes niveles del sistema sanitario, una mayor coordinación y menor fragmentación.

Las soluciones a esta integración de los sistemas son internacionales pero la implantación es a nivel de comunidad. “Lo ideal sería avanzar en una

gestión poblacional, pero estamos muy lejos, no se están creando las condiciones para ello”, puntualiza Bengoa. Aunque existen evidencias sobre la eficacia del modelo y se quiere avanzar en él, los profesionales echan en falta un marco normativo para poder ir más rápido en la implementación de proyectos para gestionar la Sanidad de forma innovadora. El problema, según Bengoa, es que “la contención del gasto se ha convertido en la única visión de los políticos”.

“Si ahora el PIB está creciendo en nuestro país, no solo es importante poner ese dinero en Sanidad, sino saber para qué puede servir”, asegura el exconsejero de Sanidad vasco. Bengoa apuesta por dedicar presupuesto a la transformación del sistema sanitario. “Es importante encontrar sistemas de gestión que nos hagan más eficientes y supongan un ahorro de dinero ya que van a venir medicamentos innovadores muy caros que no podemos dejar de administrar a nuestros pacientes”, argumenta.

Hacia un cambio mundial

La Organización Mundial de la Salud

(OMS) se ha propuesto extender a nivel internacional la gestión integrada de los cuidados de salud centrada en el paciente. Para ello, ha diseñado una estrategia, presentada en marzo de este año, que pretende englobar las experiencias de diferentes países en este terreno, unos proyectos que han probado su utilidad allí donde se han implantado.

La OMS se ha propuesto extender a nivel internacional la gestión integrada de los cuidados de salud centrada en el paciente, para ello ha diseñado una estrategia que fue presentada en marzo de ese año

Gracias a la puesta en marcha de procesos integradores para la asistencia sanitaria se ha logrado mejorar la satisfacción de los pacientes y su calidad de vida, y no solo en los países más desarrollados, sino en otros como Malí o Afganistán.

“Tenemos olvidados a ciertos países donde hay proyectos interesantes y de los que podemos aprender mucho”, asegura Nuria Toro, asesora de la OMS.

El gran desafío observado por el organismo internacional tiene que ver con la escalabilidad de estos proyectos, es decir, funcionan en un lugar o durante un corto plazo de tiempo para luego acabar muriendo. Según Nuria Toro, el problema es que estas experiencias “no consiguen el apoyo suficiente, son personalistas o se abandonan cuando cambia el gobierno”, algunas se convierten en “eternos pilotos que no son capaces de reproducirse”.

La OMS pretende por tanto que las iniciativas integradoras y centradas en el paciente se conviertan en norma a través de una transformación del sistema, que es compleja y “puede llevar años o décadas”, subraya Nuria Toro. En este sentido, la estrategia de la OMS pretende ayudar a ese cambio a nivel internacional, que estará basado en los principios de empoderamiento del ciudadano y comunidades, en una provisión orientada a objetivos de

salud y colaborativa entre todos los agentes clave, y en la importancia de la promoción y prevención. “Aunque no hay un único modelo, todos coinciden en la necesidad de una fuerte Atención Primaria; cuando ésta tiene bases sólidas, los resultados que se alcanzan son mejores”, comenta la asesora de la OMS.

Para cada una de las direcciones estratégicas que se ha marcado la organización mundial, se propone una serie de posibles intervenciones. Por ejemplo, en el campo del empoderamiento de los pacientes, se pone el foco en la educación para la salud, avanzar en las decisiones compartidas y en las encuestas de satisfacción a los ciudadanos. De todas formas, para alcanzar los objetivos previstos, la OMS reconoce que es necesario crear un contexto facilitador, que pasa por favorecer un liderazgo claro, conseguir un compromiso político, disponer de herramientas para gestionar el cambio y sobre todo, de unos recursos humanos alineados, con competencias y con un volumen adecuado.

La estrategia de la OMS, que ahora mismo está en fase de sometimiento a consulta, no pretende quedarse en una serie de recomendaciones, como así asegura Nuria Toro, sino “apoyar la implementación” de las buenas prácticas. Para ello, hay tres iniciativas, el fomento de alianzas y ‘partenariados’, el apoyo a proyectos de demostración como los de Malí y Suráfrica, y el desarrollo de una plataforma web. Todo ello con el objetivo de recoger el conocimiento existente para avanzar en la transformación de los sistemas sanitarios, y también “para que se siga generando el apetito por el cambio”.

De la Medicina defensiva a la proactiva

En Europa, se ha creado el proyecto Carewell con el objetivo de proponer, implementar y validar nuevos modelos organizativos basados en la atención integrada, el empoderamiento del paciente y la asisten-



cia en su domicilio a través de las tecnologías de la información y la comunicación. La iniciativa engloba a seis regiones europeas, entre ellas País Vasco, Puglia, Véneto, Gales, Noroeste de Croacia y Baja Silesia, y Polonia. El responsable en Véneto, Francesco Marchet, considera que es fundamental integrar la información de los pacientes para personalizar los planes de salud y apoyar las decisiones clínicas con evidencia para reducir el riesgo.

En esta región de Italia, los profesionales recogieron los datos de los pacientes de los registros de urgencias, de las residencias de ancianos, de centros de cuidados paliativos, de altas hospitalarias, de registros de salud mental y enfermedades raras, entre otros lugares. Posteriormente, esta información fue procesada, con lo que se consiguió estratificar a los pacientes por enfermedades, analizar el peso de las patologías y establecer un uso de los recursos según las futuras demandas. “Podemos pasar de una Medicina defensiva a otra más proactiva, prestar atención a los problemas antes de que empeoren”, asegura Francesco Marchet.

“Hay muchos datos que se utilizan con

objetivos administrativos pero son una mina de oro para conseguir la integración de la asistencia”, comenta el responsable de Carewell en Véneto, quien además subraya la importancia de utilizar esta información para la práctica médica diaria. De esta forma además, -explica Marchet- se consigue un “círculo vicioso de colaboración, los profesionales se motivan si ven que reciben información y que sirve para cuidar a sus pacientes”.

La integración ha sido también el objetivo de dos proyectos que se han llevado a cabo en Estocolmo, en Suecia, donde ya en la década de los 90 se introdujo un laboratorio para la gestión sanitaria. En la primera de las iniciativas, desarrollada en el norte de la capital sueca, se puso en marcha una integración estructural y financiera. Los servicios sociosanitarios se fusionaron en una organización en copropiedad entre el con-

dado y el municipio, ambos aportaron recursos a la entidad que actuaba como central de compras.

“En el campo de la salud mental es donde la integración funcionó mejor”, cuenta Mats Brommels, profesor y director del Centro de Gestión Médica del Instituto Karolinska. En este ámbito ya existía una

colaboración anterior a través de acuerdos informales, pero tras la integración mejoraron las comunicaciones, el desarrollo de competencias del personal, se disparó la satisfacción de los profesionales sanitarios y de los servicios sociales y se facilitaron las contrataciones de trabajadores en una localidad donde había escasez de psiquiatras.

El segundo proyecto se puso en marcha en el sur de Estocolmo, allí los servicios psiquiátricos y sociales habían estado co-

En Europa se ha creado el proyecto Carewell con el objetivo de proponer, validar e implementar nuevos modelos organizativos basados en la atención integrada, el empoderamiento del paciente y la asistencia domiciliaria

laborando durante 20 años, y se decidió crear una entidad integrada y nueva. A través de esta iniciativa se crearon tres centros de atención para el municipio y un sistema de gestión de casos. “Los resultados fueron positivos en coste y calidad”, asegura Brommels.

Se evalúa poco y sin consecuencias

La implantación de estas experiencias innovadoras en gestión debe ir acompañada de una evaluación.

“En este tema tenemos un problema de intencionalidad e ignorancia”, afirma José Ramón Repullo, de la Escuela Nacional de Sanidad. La evaluación de la tecnología sanitaria, en la que se incluyen los modelos organizativos, es una asignatura pendiente, según se ha comentado en el simposio organizado por SEDAP.

Un ejemplo de esta falta de sensibilidad hacia la evaluación es Portugal. Allí, en los últimos quince años se han creado ocho unidades locales con gestión integrada entre hospitales y Atención Primaria. Patricia Barbosa, profesora de la Escuela de Salud Pública de Lisboa, asegura que en todo este tiempo solamente se ha producido una única valoración de cómo se están implantando estas unidades pioneras. “La Administración decidió crearlas sin acompañar esta iniciativa de su correspondiente evaluación”, subraya.

La idea de este modelo portugués era dar a los centros de salud mayor autonomía y equipos multidisciplinares, ya que “el sistema existente no funciona, las decisiones de contrataciones y compras dependen de administraciones regionales y subregionales, lo que deteriora el acceso a la Atención Primaria, donde pueden tardar tres meses en

dar una cita”, comenta Barbosa.

“Tenemos sonados ejemplos de que se actúa sin evaluaciones previas o incluso sin tenerlas en cuenta cuando las hay”, anuncia por su parte José Conde, exdirector de la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Además de la falta de análisis, los profesionales reunidos en la jornada de la SEDAP critican que tras las valoraciones y los informes, éstos no se traduzcan en acciones.

La evaluación de las tecnologías sanitarias, en la que se incluyen modelos organizativos, es una gran asignatura pendiente, según se ha comentado en el simposio

Para José Conde, el interés por la evaluación de las tecnologías sanitarias nació a raíz del “crecimiento aparentemente descontrolado del gasto, la preocupación por la inexplicable variabilidad en la práctica clínica y la sorpresa al descubrir que tenemos poca información sobre resultados finales y globales”, asegura. Ante esta situación, se hacía imprescindible identificar las lagunas del sistema. “La misión finalista de la evaluación es contribuir a la introducción o retirada metódica de tecnologías de salud teniendo en cuenta su grado de idoneidad, y contribuir a que se haga un uso adecuado”, recuerda el exdirector de la AETS.

Pero para que haya una evaluación se deben dar una serie de requisitos. Lo primero es que existan organizaciones, como el NICE o la propia AETS, luego además es necesario contar con evidencia científica disponible (biblioteca Cochrane) y con registros de los resultados de sistemas e intervenciones en salud. Estos últimos son recogidos en ins-

titutos como el NIVEL, en los Países Bajos, el cual “intenta cubrir la brecha entre la investigación y los sistemas sanitarios”, según Wienke Boerma, investigador sénior en esta organización.

Desde su trabajo en este instituto, Boerma ha detectado las razones por las cuales los resultados de las evaluaciones no se traducen muchas veces en iniciativas de acción para mejorar el sistema sanitario. Una de ellas es la falta de entendimiento entre los profesionales (clínicos o gestores) y quienes tienen que tomar las decisiones, que son los políticos. Unos utilizan un lenguaje demasiado técnico y otros, muy vago, además unos necesitan los cambios en corto plazo y otros requieren de mucho tiempo para analizar las medidas. La consecuencia de este ‘lost in translation’ la explica Boerma: “en los mejores casos, la investigación supone el 30 o el 40 por ciento del peso de una decisión política, cuando debería ser más importante”.

Las TIC como elemento facilitador

Lo que une a las diferentes experiencias innovadoras en gestión sanitaria es que tienen un centro claro: el paciente y la mejora de su calidad de vida. Para ello, se apoyan en las facilidades que otorgan las nuevas tecnologías, que en ningún caso “van a sustituir al cara a cara con el médico pero sí deben estar disponibles cuándo y dónde se necesitan”, subraya George Crooks, director médico del NHS 24 (la organización escocesa para la telemedicina y el telecuidado).

Según el directivo escocés, el problema es que las soluciones tecnológicas se han basado demasiado en la patología, en recordarle al paciente que está enfer-

mo, sin embargo, “debería permitirle organizar su vida social, comunicarse con su comunidad y aportar algo a su entorno”, comenta. El diseño de la e-health ‘chirría’, está pensado para los pilotos y no para su potencial extensión. Desde el primer momento en el que se decide implantar un proyecto, hay que tener en cuenta su escalabilidad, de esta forma, se pueden anticipar los problemas y dificultades futuras.

Los profesionales clínicos tienen aquí un papel importante, ya que su disponibilidad es fundamental para que salgan adelante los proyectos de telemedicina. Su resistencia al cambio es una de las barreras que ha detectado Marisa Merino, directora gerente de la Organización Sanitaria Integrada Tolosaldea de Osakidetza. Pero no es el único freno a la extensión de la tecnología sanitaria, también la falta de inversión o la incertidumbre acerca de la privacidad y la seguridad de los datos.

En el País Vasco, el servicio O-sarean (Osakidetza en Red) ha creado vías para la interacción entre los ciudadanos y los centros sanitarios, como la telemonitorización, la cita web o el consejo sanitario telefónico. “Si funcionan las TIC es porque los pacientes están estratificados, existen grupos multidisciplinares, y los proyectos son escalables y coste-efectivos”, comenta Marisa Merino.

La planificación es la base del éxito de cualquier iniciativa en gestión, y en esta fase, es imprescindible tener en cuenta la interoperabilidad, es decir, la habilidad de intercambiar información y actuar con ella. “Esto requiere de marcos jurídicos y de aspectos organizativos, semánticos y técnicos”, según Mario Kovac, profesor de la Universidad de Zagreb.

El principio de cualquier avance siempre es una idea en la cabeza de alguna persona innovadora. Los participantes en el Simposio organizado por la SEDAP concluyen que la clave para el progreso

CONCLUSIONES

- Hay que ir más allá de la contención del gasto, poner metas alcanzables y con presupuesto para la transformación.
- En todo el mundo y en todos los contextos existen experiencias innovadoras que ofrecen resultados en la mejora del acceso a la Sanidad, la toma de decisiones conjuntas y una mayor calidad de vida.
- Desde el inicio de un proyecto, es necesario pensar en su escalabilidad. Este es uno de los grandes retos, además de la sostenibilidad de las iniciativas.
- La transformación debe basarse en una serie de direcciones estratégicas: la estratificación, el empoderamiento de las personas, la coordinación de los servicios, fortalecer la gobernanza, reorientar el modelo de cuidados y crear un contexto facilitador.
- La integración de los datos de los pacientes ayuda en la toma de decisiones y en el reequilibrio de los recursos disponibles.
- Existen herramientas para evaluar tecnologías sin embargo están infrautilizadas.
- La investigación sobre los sistemas no tiene peso suficiente en las decisiones de los políticos debido al uso de lenguajes diferentes o al desajuste temporal.
- Las soluciones tecnológicas deben basarse en diseños sencillos, que permitan seguir al paciente a lo largo de su enfermedad para que puedan autogestionarse y vivir su vida.
- La e-health tiene que ser un facilitador de la atención sanitaria pero es necesario planificar bien las estrategias para implantarla.

está en aprender a gestionar y canalizar la creatividad para que se traduzca en proyectos que supongan una verdadera mejora para la calidad de vida de las

personas en todos los ámbitos. Lo fundamental es crear un marco jurídico y social adecuado para que los innovadores puedan desplegar sus alas ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Con el apoyo de Laboratorios Almirall



Soluciones pensando en ti



La **E**



POC, cada vez menos “cenicienta” en el sistema sanitario

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un trastorno irreversible de las vías aéreas que afecta a cerca de 330 millones de personas en todo el mundo. Debido a que es una causa importante de morbilidad y a que organizaciones como la OMS prevén que para 2030 esta dolencia se habrá erigido en la tercera causa más importante de mortalidad en todo el planeta, en el Día Mundial de la EPOC, que se celebra el 18 de noviembre, se intenta promover una más profunda comprensión de la enfermedad y una mejor atención a los pacientes.

Texto | Nekane Lauzirika



RADIOGRAFÍA

La EPOC, cada vez menos “cenicienta” en el sistema sanitario

Se calcula que en España la EPOC afecta a más de 2 millones de personas, con una estimación aproximada de 18.000 muertes por año. Sin embargo, pese a su gravedad y su importante prevalencia, en un amplio porcentaje de casos, cercano al 73 por ciento, no está diagnosticada. Aunque se desconocen las causas exactas de la predisposición de algunas personas a desarrollarla, se considera que intervienen distintos factores, entre los que se incluyen aspectos ambientales. No obstante, lo que sí se sabe es que tiene una importante incidencia entre los fumadores. Además, al tratarse de una patología asociada al envejecimiento, es previsible que durante los próximos años su incidencia aumente aún más en las sociedades desarrolladas, en paralelo con el progresivo envejecimiento de la población. Sin embargo, a pesar de esta alta prevalencia, el conocimiento que de ella tiene la población es muy escaso. Apenas un 17 por ciento sabría decir qué es la EPOC.

Aunque hablamos de una patología irreversible y que no tiene cura, sí se dispone de tratamientos sintomáticos que mejoran la calidad de vida de los pacientes: broncodilatadores de larga duración, antiinflamatorios, combinaciones de hasta tres fármacos inhalados que permiten el control de la enfermedad y una reducción importante de las crisis agudas... “Hoy en día contamos con tratamientos inhalados,

orales y cirugía de reducción de volumen, y en los casos muy peculiares está el trasplante de pulmón, que son expectativas terapéuticas para casos muy concretos. Se puede afirmar que en dos décadas la EPOC ha dejado de ser una enfermedad «cenicienta», destaca a la Revista EL MÉDICO el doctor Joan B. Soriano, direc-

tor de Epidemiología e Investigación Clínica Caubel-CIMERA, Centro Internacional de Medicina Respiratoria.

En esta misma línea se manifiesta el doctor Alvar Agustí, director científico del CIBER de Enfermedades Respiratorias y director del Instituto del Tórax del Hospital Clinic de Barcelona, quien reconoce que ha pasado de ser una patología casi “huérfana” e

“intratable” en los años 80 del siglo pasado “a producirse un cambio espectacular en su conocimiento, valoración y tratamiento”. En las dos últimas décadas se ha dejado a un lado la perspectiva unidimensional de la EPOC -centrada de forma casi exclusiva en la gravedad de la limitación al flujo aéreo-, a otra multidimensional, “en la que no solo se tienen en cuenta determinantes pulmonares, sino también otros dominios ‘extra-pulmonares’, como su impacto global en el paciente”, recalca el doctor Agustí.

Las opiniones de la presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Neumología y ex presidenta de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), la doctora Pilar de Lucas, coinciden con las del epidemiólogo Joan B. Soriano, al indicar que la EPOC “ya no es una enfermedad «cenicienta» ni siquiera para la Administración, porque esta ya ha adquirido conciencia de su impacto social y económico. Tras las cardiovasculares y la diabetes, la EPOC es una de las problemáticas sanitarias más importantes”. Sin duda, en este cambio ha tenido un papel fundamental la publicación, ya hace cinco años, de la Estrategia Nacional para el Control de la EPOC. Sin embargo, en su opinión, ahora es el momento de actuar: la magnitud del problema está demostrada, los objetivos precisos y las acciones a realizar identificadas. “Ahora hay que poner en marcha dichas acciones y eso está pendiente. En el último



Congreso de la SEPAR, el pasado mes de junio, se presentó el Proceso Asistencial Integral para el Manejo del Paciente EPOC con agudización. Ponerlo en marcha podría ser, sin duda alguna, la primera acción de gran calado para convertir las estrategias teóricas en realidades”, explica.

Uno de los problemas adicionales que tienen los especialistas en enfermedades respiratorias es que no se dispone de modelos sociales. Si se habla del Alzheimer, la población lo relaciona con Reagan o Adolfo Suárez; en el Parkinson ocurre algo similar con el Papa Juan Pablo II, el actor Michael Fox, Mohamed Alí... “Es una de las dificultades que tenemos a nivel internacional y local, no hay un referente público-famoso conocido. Los pacientes mueren con EPOC y no de EPOC; es una característica muy habitual. Es uno de los problemas para que la población lo identifique y ponga una cara”, reconoce el doctor Soriano.

Para predecir y amortiguar esta patología respiratoria, antes de implementar cualquier tratamiento, los expertos apuestan por ayudar al paciente a dejar de fumar, ya que entre el 30-40 por ciento no abandona totalmente el hábito tabáquico tras ser diagnosticado, aunque así y todo mejoran en sus síntomas. “Además del tratamiento específico, el paciente de EPOC se debe vacunar contra la gripe y el neumococo. Y como tercer factor le proponemos evitar el sedentarismo”, apostilla Soriano.

En su opinión, sería importante que la población además conociera su función pulmonar. Uno de los objetivos es que en las revisiones de prevención de la salud laboral que las empresas hacen a los trabajadores incluyan una espirometría, que según los expertos es una medida de salud básica que tanto el médico como el paciente han de tener como nivel de referencia. Por otro lado, y debido a la cada vez más precoz irrupción

LA EPOC EN CIFRAS

- Afecta a 330 millones de personas en todo el mundo
- La patología la sufren más de 2 millones en España
- Uno de cada diez españoles entre 40-89 años padece EPOC
- Afecta en nuestro país al 15,1% de hombres y el 5,7% de mujeres
- El 70% de los enfermos potenciales no está diagnosticado
- El 45% de los pacientes reingresa en el hospital un año después de su primera entrada
- En España es la quinta causa de muerte en varones, con una tasa anual de 44 defunciones por cada 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 14,2 muertes por 100.000 habitantes
- 18.000 personas fallecen cada año en España por EPOC, aunque sean muchas más las que mueren con esta enfermedad sin un diagnóstico

de la enfermedad y a su feminización, en los centros de AP a las personas mayores de 40 años, de ambos sexos, que han fumado durante más de 10 años y que tienen síntomas respiratorios como tos o disnea o una combinación de estos factores, se les debería recomendar una espirometría de cribado.

En relación con este tema, el jefe del Servicio de Neumología del Hospital Río Hortega, el doctor Félix del Campo, reconoce que la calidad de las espirometrías que se llevan a cabo actualmente en muchos centros de AP no es la óptima, según los diferentes estudios de calidad que se han desarrollado. “De hecho -explica a El MÉDICO- se acaba de revisar la normativa y las recomendaciones que databan del año 1985. Además, para esta prueba se necesita personal preparado”. En su opinión, es preciso dar a conocer la nueva normativa. “Tendrían que ser pruebas rutinarias para pacientes de determinadas edades y fumadores, a las que hay que incorporar a los profesionales de AP; sin embargo, no están bien organizadas ya que muchos profesionales de Atención Primaria rotan y

no tienen el tiempo suficiente para realizarlas”, subraya el especialista.

Coordinación entre niveles asistenciales

Ante esta situación, y para mejorar la atención a estos pacientes, cobra un papel relevante la Estrategia Nacional en EPOC, que establece las directrices para la continuidad y la calidad asistencial. “La estrategia fue aprobada en el año 2009 y evaluada en 2014; el proceso de implementación está siendo muy ambicioso y está reco-

giendo sus frutos. Próximamente, celebraremos en Galicia una nueva edición de las Jornadas de Seguimiento de la Estrategia en las CC.AA. que sirven de foro de debate entre los responsables científicos

de los planes nacional y autonómicos, las SS.CC. y los órganos de decisión sanitarios del Ministerio y las CC.AA. Además, en breve, se resolverá la convocatoria de Buenas Prácticas en EPOC a la que se han presentado 19 proyectos de 10 CC.AA.”, explica el doctor Julio Ancochea, coordinador científico de la Estrategia EPOC del SNS. “Sí, la estrategia está viva, muy viva,

A pesar de su alta prevalencia, el conocimiento que de la EPOC tiene la población es muy escaso. Apenas un 17 por ciento sabría decir qué es



La Guía GesEPOC, un cambio en el enfoque del tratamiento de esta enfermedad

La publicación de la Guía española de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (GesEPOC) ha supuesto un cambio en el enfoque del tratamiento de esta dolencia. “Las nuevas guías datan de junio de 2012, pero en enero del año 2014 se hizo una revisión de las mismas”, explica a EL MÉDICO el doctor Marc Miravittles, especialista del Hospital Vall d’Hebrón que ha participado de forma activa en la actualización de las mismas.

Con respecto a las anteriores, el experto destaca el carácter multidisciplinar que ha tenido el comité redactor encargado de modernizarlas, ya que lo han conformado profesionales de todas las sociedades científicas implicadas en el tratamiento de esta enfermedad, lideradas por la SEPAR. Otro de los aspectos que destaca es que “de cara al tratamiento de los pacientes, las nuevas guías sugieren un enfoque más personalizado al identificar fenotipos clínicos, pacientes que tienen características particulares, características distintas y que nos permitirán ofrecerles un tratamiento dirigido a cada uno de ellos”, añade.

El reconocimiento de los fenotipos clínicos y la clasificación de gravedad basada en las escalas multidimensionales BODE/BODEx precisan una mayor implicación de los clínicos en el día a día del cuidado de los pacientes con EPOC, pero a cambio ayudan a personalizar el tratamiento de acuerdo “a las características de cada uno en particular”, recalca Miravittles.

En el tiempo transcurrido desde su publicación han aparecido nuevos estudios que vienen a reforzar o cuestionar los planteamientos que se hacían en la guía, por lo que es importante que los profesionales implicados aporten una actualización periódica de los avances publicados y la sitúen en el contexto de los postulados de la guía. “La actualización de la de 2014 -que se realiza cada dos años- es el prelude de la que se tendrá que llevar a cabo de forma completa dentro de 4 o 5”, asevera el neumólogo.

Reconoce el doctor Miravittles la importancia que tiene para los profesionales el disponer de esta herramienta clínica. “Son necesarias porque hoy en día hay mucha información y ensayos clínicos; van saliendo nuevas formulaciones y los médicos que no son expertos en una patología concreta necesitan un documento que les resuma la evidencia, que les permita tener concentrado lo más importante de la enfermedad, para así tomar las decisiones razonadas. En este sentido, la GesEPOC es una contribución para el mejor tratamiento de los pacientes. Y está dirigida no solo a los médicos de AP sino a la enfermería y al resto de especialistas que están en contacto con ellos”.

y ha puesto a la EPOC encima de la mesa del escenario político-sanitario”, recalca Ancochea.

Según el doctor Jesús Recio Iglesias, coordinador del Grupo de EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), “la coordinación entre niveles asistenciales es compleja y se establece en función de los recursos y de las necesidades de las diferentes comunidades autónomas. Una de las prioridades es el control y prevención de las exacerbaciones graves que precisen de ingreso hospitalario, ya que son un factor pronóstico negativo tanto en la calidad de vida como en la supervivencia”. Por otro lado, uno de los aspectos que más preocupa a los internistas es la alta tasa de reingreso hospitalario. Tanto es así que casi el 45 por ciento de los pacientes con EPOC reingresa en el hospital un año después de su primera entrada.

Hasta hace poco tiempo, la EPOC se consideraba una patología ubicada exclusivamente en el pulmón y no se prestaba la atención necesaria a la presencia de comorbilidades. Sin embargo, los resultados



de los estudios ECCO y ESMI, realizados por el Grupo de EPOC de la SEMI, han demostrado que el tratamiento de esta enfermedad es mejorable, tanto durante la hospitalización como en fase estable, y que la presencia de comorbilidades se relaciona de manera independiente con un peor pronóstico. “Podemos citar como ejemplo la insuficiencia cardíaca, que junto con la EPOC son las causas de ingreso más frecuentes en los servicios de Medicina Interna; aproximadamente, uno de cada tres enfermos con EPOC tiene además esta patología y sabemos que cuando se dan juntas existe una tendencia al infratratamiento de la insuficiencia cardíaca que influye en el pronóstico”, señala el doctor Recio.

Los expertos reconocen también la predisposición genética que tienen algunas personas a padecer EPOC, como es el caso en el uno por ciento de los afectados entre los 30-40 años no por tabaquismo, cuando lo más habitual es que aparezca a los 60. El problema es que no hay herramientas diagnósticas para esta susceptibilidad elevada, ni test genéticos específicos y hay que basarse en factores de riesgo.



Doctor Mariano Guerrero Fernández

Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud.
Secretario General de SEDISA

“La solución para la EPOC es una inversión en hábitos saludables más que en el tratamiento de la enfermedad una vez diagnosticada”

Todas las patologías tienen su impacto. ¿Cuál es el de la EPOC en un hospital, desde el punto de vista asistencial, farmacológico, en cuanto a la repetición de las estancias, etc.?

La EPOC es una de las tres patologías con mayor impacto en el sistema sanitario, tanto en el área de hospitalización, de forma muy significativa en el invierno con las agudizaciones de esta patología crónica, como en el área de consultas externas hospitalarias. A lo que se suma la importante incidencia también en Atención Primaria.

De todos los aspectos anteriores, ¿cuál es el que más incide en la gestión y en los costes?

La EPOC como patología crónica de gran prevalencia debe de ser considerada como una enfermedad donde la prevención primaria, secundaria y terciaria tienen mucho impacto. La prevención del tabaquismo y el seguimiento de los pacientes crónicos, para evitar los episodios agudos, son de capital importancia y de gran efectividad.

En cuanto a los gastos, al ser la EPOC una enfermedad crónica, ¿la asistencia a domicilio es una mejor forma de equilibrar asistencia-coste?

La gestión de los pacientes con patologías crónicas, con un seguimiento cercano y según los casos a nivel domiciliario, debe de incluir tanto la prevención de las agudizaciones para evitar el subsiguiente ingreso hospitalario, como los seguimientos farmacológicos, de la adherencia terapéutica, de los calendarios de vacunación frente a la gripe y otras patologías, así como el seguimiento del ejercicio controlado y la prevención de la obesidad.

Siendo como es la EPOC una enfermedad compleja y costosa, ¿no debería la sociedad y los gestores tratar de evitarla mediante una mayor prevención de la misma (no fumar, hacer ejercicio)?

La prevención primaria, basada en la implantación de hábitos saludables que eviten el desarrollo de patologías a largo plazo, es fundamental. En el caso específico de la EPOC es necesaria la erradicación del hábito de fumar por ser la causa generadora más frecuente de esta patología.

¿Se deberían dirigir más medios económicos a la prevención para reducir costes de tratamiento?

La solución para la EPOC es una inversión en hábitos saludables más que en el tratamiento de la enfermedad una vez diagnosticada.



Infradiagnóstico y tabaquismo, principales retos de SEPAR contra la EPOC

Doctora Inmaculada Alfageme

Presidenta de SEPAR

La EPOC, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es una de las enfermedades crónicas más prevalentes. Desconocida y con un nombre que aún suena extraño para la mayoría de la población, los profesionales de la salud respiratoria sabemos bien que es una de las enfermedades respiratorias crónicas más habituales en nuestras consultas.

Se trata de una enfermedad sin tratamiento curativo, degenerativa y altamente incapacitante para las personas diagnosticadas cuya vida cotidiana se ve cada vez más limitada, más reducida. En su estadio más severo, los pacientes apenas pueden salir de casa: van de la cama al sofá y del sofá a la mesa porque cualquier mínimo esfuerzo les produce opresión y sensación de ahogo. Se calcula que en España hay más de 2 millones de personas que sufren EPOC. Esta enfermedad afecta al 10,2 por ciento de la población adulta y, lamentablemente, registra un promedio anual de 18.000 fallecidos.

La EPOC representa el 40 por ciento de las consultas en Neumología. Su diagnóstico, abordaje y tratamiento supone el 2 por ciento del gasto sanitario español, porcentaje que se traduce en alrededor de 3.000 millones de euros. Y a pesar de ello, aún tenemos un 70 por ciento de infradiagnóstico, en su mayoría personas que han achacado su tos, expectoración o fatiga al envejecimiento o al tabaco y no han acudido al médico, retrasando el diagnóstico hasta que la enfermedad ya está muy avanzada.

Ante el panorama esbozado en estas líneas, parece evidente que los retos que la EPOC nos plantea a los profesionales de las enfermedades respiratorias son grandes, pero no son nuevos. Desde SEPAR ya hace años que estamos trabajando con compromiso para hacer frente a esta situación y tenemos los objetivos claros.

Debemos disminuir las cifras del infradiagnóstico. Para ello contamos con una prueba extraordinariamente efectiva y muy fácil de llevar a cabo como es la espirometría. Y debemos contar también con la complicidad de un colectivo clave en el diagnóstico de la EPOC como son los profesionales de la Atención Primaria y la Medicina Familiar, pues son los primeros que atienden a los pacientes con tos, bronquitis y otros síntomas que nos pueden llevar a pensar en la EPOC. Deben ser ellos los primeros en poder realizar una espirometría, evaluar los resultados y, si es oportuno, remitir a nuestras consultas

de Neumología los pacientes con síntomas de EPOC. La espirometría debe ser, pues, una prueba universal, al alcance de todos en los centros de salud y, por qué no, también de las farmacias. En este sentido, las iniciativas puestas en marcha por SEPAR han mostrado unos resultados efectivos y a tener en cuenta.

Otro frente, también importantísimo para SEPAR es la lucha contra el tabaco. A día de hoy, sabemos que aproximadamente el 40-50 por ciento de las personas que han fumado durante toda su vida desarrollarán EPOC, frente al 10 por ciento de los no fumadores. Aquí nuestra estrategia se desdobra: por un lado, es preciso luchar contra el consumo de tabaco en cualquiera de sus presentaciones y ayudar a los fumadores a abandonar el hábito tabáquico y, por otro, es importante facilitar a fumadores o ex fumadores mayores de 40 años que presenten algún síntoma respiratorio la realización de una espirometría para detectar lo antes posible una EPOC.

Para poner los focos sobre la EPOC y la lucha contra el tabaco, sobre todas las iniciativas que lleva a cabo nuestra sociedad científica en este sentido y sumar muchas más, SEPAR acaba de inaugurar el AÑO SEPAR 2015-2016 de la EPOC y el TABACO, presentado oficialmente en octubre y que seguirá desarrollándose durante 2016. Esta iniciativa unirá e impulsará actividades de investigación, formación y divulgación con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre la EPOC, reducir el consumo de tabaco y poner de manifiesto la estrecha relación entre tabaco y EPOC.

Esperamos que sea una iniciativa aglutinadora que cuente con la participación de todos: profesionales de la salud, instituciones, pacientes, medios de comunicación y la sociedad en general, porque el reto es importante.

Asimismo, en el Día Mundial de la EPOC, que se celebra el tercer miércoles de cada mes de noviembre, este año el día 18, y pensando en los pacientes que sufren EPOC, hemos “inaugurado” una web dedicada a ellos: ¡Hola, EPOC! con una serie de vídeos muy cortos con los que pretendemos ayudarles en su vida diaria. Estos vídeos tratan temas cotidianos como la dieta más recomendable, por qué es importante dejar de fumar, cómo hacer ejercicio físico de forma sencilla... Nuestro objetivo: poner nuestro conocimiento a disposición de los pacientes y revertir en una mejora de su calidad de vida.

Según el estudio EPI-SCAN (*The Epidemiologic Study of COPD in Spain*), para la estimación de la prevalencia de EPOC en personas de 40-80 años en España, dicha prevalencia es del 10,2 por ciento. “Y añadamos el infradiagnóstico, que ronda el 73 por ciento, por lo que solo estamos detectando la punta del iceberg; la mayoría del problema está por debajo de la superficie y no está ni diagnosticada ni tratada”, insiste Joan B. Soriano. Un infradiagnóstico que aún es mucho mayor en las mujeres, como lo atestiguan los resultados del citado estudio, que resalta que son muchas las que no están diagnosticadas aun teniendo los mismos síntomas respiratorios y gravedad espirométrica que los hombres.

Por otro lado, se calcula que las exacerbaciones de la EPOC generan el 10-12 por ciento de las consultas de Atención Primaria. En cuanto a los retos en este nivel asistencial destaca el mejorar la prevención desde la consulta, promoviendo la lucha contra el tabaco; el diagnóstico precoz; el control de los síntomas; la elección de un tratamiento adecuado; y las tareas preventivas frente a las agudizaciones.

“El manejo de la EPOC debe ser integral y contemplar (tras la estratificación y caracterización de los pacientes) tanto medidas generales -abandono del tabaquismo, ejercicio físico, vacunación antigripal y antineumocócica, rehabilitación en su caso- como tratamientos farmacológicos (broncodilatadores, antiinflamatorios, manejo de las comorbilidades, etc.) y también los no basados exclusivamente en fármacos, así como el desarrollo de nuevos modelos asistenciales que llegan de la mano de la innovación, como la telemedicina”, explica a EL MÉDICO el doctor Julio Ancochea.

El doctor Joan B. Soriano insiste en señalar que los síntomas tienen un impacto muy alto en la calidad de vida del paciente, “tanto en aquellos que se encuentran en estadios leves-moderados, con una disminución de respuesta al ejercicio, como especialmente en los más avanzados,



entre los que son más frecuentes las agudizaciones graves que empeoran el pronóstico a largo plazo”.

En esta línea, los especialistas destacan los beneficios de la clasificación fenotípica, y coinciden en que “hay muchos profesionales del primer nivel asistencial y de Neumología que conocen estos fenotipos y los utilizan, lo que ha permitido individualizar los tratamientos”, afirma el doctor Adolfo Baloiira, neumólogo del Hospital Montecelo de Pontevedra. Asimismo, se destaca la estrategia para el abordaje de la enfermedad. En este sentido, parece vital hacer ver a los fumadores que en el momento en el que decidan dejar el tabaco se les puede ayudar si no lo consiguen por sí solos. “Y es que el tabaquismo constituye un problema prioritario de Salud Pública; su abordaje nos compromete a todos y es una tarea compartida que se inicia en la in-

fancia: educación para la salud desde la familia, en los colegios, en los espacios públicos. Hay que crear conciencia de los efectos deletéreos del humo del tabaco”, añade el coordinador científico de la Estrategia EPOC del SNS, para quien es preciso evidenciar los beneficios de las políticas antitabaco a nivel sanitario, económico y social. “La victoria final frente al tabaquismo y la EPOC será probablemente por la vía legislativa-poblacional más que por la vía asistencial-individual. Es necesario, además, contemplar aspectos adicionales como la financiación de tratamientos farmacológicos del tabaquismo que han demostrado ser eficaces”, concluye Ancochea ■



ESP/GSK/0056/15i



La
accesibilidad
al
ciudadano
es uno de nuestros
objetivos
prioritarios

Juan Carlos Miangolarra

Tesorero de la Sociedad Española de Rehabilitación
y Medicina Física (SERMEF)

Texto  Clara Simón Vázquez

Fotos  Luis Domingo



“La accesibilidad al ciudadano es uno de nuestros objetivos prioritarios”

El desarrollo de programas de especialización en áreas de interés clínico y de metodologías de diagnóstico y tratamiento es imprescindible en el campo de la formación de los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. El Dr. Juan Carlos Miangolarra, tesorero de la de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), asegura que la formación es uno de los objetivos clave para su sociedad científica, que se ve plasmado en las numerosas iniciativas que se han puesto en marcha.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física?

Uno de nuestros objetivos prioritarios es tener accesibilidad al ciudadano desde cualquier nivel de salud, tanto Primaria como Especializada. Esto permite la evaluación del paciente por el especialista médico. Es decir, por el profesional de máximo rango de especialización en la discapacidad, la dependencia y las patologías que comprometen la calidad de vida, como son las del aparato locomotor, neurológico... También queremos priorizar el reconocimiento formal y la creación de unida-

des monográficas especializadas dentro de los servicios clínicos generalistas.

¿Es la investigación una cuestión prioritaria dentro de sus objetivos?

Nuestra intención es impulsar la investigación en dos áreas: la eficacia de los métodos de rehabilitación y la eficiencia de las actuaciones desde una perspectiva de gestión clínica.

Y, ¿el reconocimiento de capacitación?

Buscamos un reconocimiento de capacitación y formación para la competencia en la intervención en las áreas emergentes de metodologías intervencionistas: dolor, cardio-respiratoria, foniatría, linfedema, suelo pélvico,

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación dispone de una experiencia acreditada y dilatada de gestión de equipos humanos multidisciplinares y recursos materiales. Constituye pues un activo para el trabajo en equipo imprescindible en la cronicidad

rehabilitación neurológica, etc. También queremos participar en los programas oficiales y preparar la reorientación de algunas actividades de la especialidad bajo el prisma del paradigma de la cronicidad. Asimismo, no nos queremos olvidar del reconocimiento de capacitación y formación para la competencia en recursos diagnósticos y de valoración evolutiva: ecografía diagnósti-

ca y de guía de intervencionismo, análisis del movimiento-biomecánica, etc. Para ello, necesitamos dotación de equipamiento del

material adecuado a los servicios acreditados y el personal especializado y del reconocimiento del Área de Competencia Específica (ACE) en Foniatría por los Ministerios de Sanidad y Educación.

¿Qué lugar ocupa la formación en los objetivos de la SERMEF?

Es una prioridad para los asociados y para la junta directiva. El momento actual, con la entrada en vigor legal del proceso de troncalidad, es adecuado para la actualización de los contenidos del programa de especialización MIR. La

Comisión Nacional de las Especialidades ha iniciado gestiones al respecto. La preocupación por la reducción del tiempo específico de formación está presente en este momento. Consideramos que el desarrollo de programas de especialización en áreas de interés clínico y de metodologías de diagnóstico y tratamiento es imprescindible. Estos esfuerzos y programas los deben acreditar las autoridades sanitarias y educativas nacionales e internacionales. Siempre junto a la propia profesión especializada. Así, la junta directiva con estas premisas estrictas acometió en 2014 la creación de ECOSERMEF, Escuela de Formación en Ecografía Diagnóstica y Terapéutica del Aparato Locomotor. La potenciación con estancias en el extranjero, premios y apoyo a la investigación y su valoración es ya una realidad. En los próximos años, el desarrollo de los protocolos incipientes de reacreditación de la formación y titulación será imprescindible.

¿Qué es lo que más demandan sus socios?

Reconocimiento formal y material de la



alta responsabilidad del profesional médico especializado. Su capacidad de intervención clínica, como consultor especializado a la sociedad y como recurso formativo. Reactivación con modificaciones de los programas de carrera profesional. También solicitan más concursos de traslado con posibilidad de movilidad interterritorial, y la convocatoria de OPE anuales. Otras de las preocupaciones de nuestros socios son la disminución de la eventualidad e interinidad de contratos, potenciar la valoración de la investigación y formación en todos los procesos selectivos de personal y la provisión de recursos materiales y temporales para la investigación, integrados en la labor profesional. Además, solicitan la renovación de los equipamientos materiales que como

consecuencia de la crisis económica se encuentran en ciertos ámbitos asistenciales en un ciclo de obsolescencia, precisándose su sustitución y/o actualización.

¿Cómo está programada y desarrollada la formación de sus asociados?

En varios ejes fundamentales. El primero se centra en el congreso anual con áreas destacadas de interés (topics) que tiene tres niveles formativos para cada una de ellas: introducción, básico y avanzado. De cada congreso anual se desprenden líneas de formación emergentes que generan interés y cristalizan en cursos específicos que se supervisan. También tenemos un estricto proceso protocolizado de revisión y acredita-

ción de cualquier actividad formativa que solicite los auspicios de SERMEF para dirigirse a los asociados. Además, nuestras sociedades filiales monográficas, con el respaldo de SERMEF, realizan actividades formativas en áreas de alta especialización. No podemos olvidar que llevamos a cabo proyectos editoriales específicos de la especialidad (Manual SERMEF de Medicina Física y Rehabilitación) u otros liderados por las filiales (Rehabilitación Infantil, Linfedema, etc). El proyecto más ambicioso que hemos acometido es el ECOSERME, que está estructurado y temporalizado con tres niveles formativos. Ya para terminar, me voy a referir a los proyectos en estudio del empleo de las TIC como recurso formativo a distancia.

¿Cuáles son los grupos de trabajo más activos?

En la actualidad son los relativos a las áreas de rehabilitación: neurológica, infantil, del dolor, osteoporosis, intervencionismo, ecografía, linfedema, suelo pélvico, y cardio-respiratorio.

¿En qué consiste la rehabilitación robótica?

Son sistemas combinados de inteligencia y mecánicos que asisten a personas que tengan una discapacidad para la realización de actividades imprescindibles o para proporcionar terapia a quienes necesitan mejorar sus funciones físicas o cognitivas. Forma parte de la denominada tecnología de la rehabilitación (tecnología de apoyo, asistente o compensadora), que se define como productos y servicios dirigidos a favorecer el proceso de rehabilitación y a mantener o mejorar la autonomía, las capacidades funcionales y la calidad de vida de las personas con discapacidad facilitándoles, de ese modo, una mejor interacción con el entorno.

¿Qué suponen estos avances?

Estos nuevos avances tecnológicos supo-



nen una ayuda importante para el bienestar cotidiano de cualquier individuo y patología. Representan un campo útil para desarrollar diferentes tipos de intervenciones rehabilitadoras. Pueden emplearse con fines de diagnóstico, terapéuticos y compensación de la enfermedad y la discapacidad. Están orientados al desarrollo de miembros artificiales (prostética), la estimulación funcional electroneural, el Interface Cerebro Máquina (BCI), la tecnología para el diagnóstico y la monitorización de los pacientes durante la ejecución de las actividades de la vida diaria.

¿En qué patologías se puede emplear?

Es de aplicación en patologías de origen neurológico y ortopédico y tiene como fin desarrollar sistemas expertos que desarrollan acciones de inteligencia y/o mecánicas supervisadas, para lograr la rehabilitación del paciente, o como sistemas de asistencia sustitutoria para las funciones comprometidas. Se están empleando en un gran número de procesos, pero especialmente en aquellos de origen neurológico, como lesión medular, daño cerebral sobrevenido, parálisis cerebral, enfermedades neurodegenerativas, etc.

¿Hay algún criterio de exclusión?

Es un proceso de individualización realizado por el médico especialista en colaboración con la ingeniería de rehabilitación. Esencialmente sólo los estados de baja conciencia o de coma, donde la colaboración del paciente sea imposible, quedarían excluidos. En cada proceso y, a su vez, en cada fase de las entidades patológicas, la selección y adecuación del recurso robótico constituye una tarea del especialista.

¿Presenta alguna peculiaridad la rehabilitación de los pacientes pediátricos?

Los diseños optimizados a este ámbito están en un proceso de desarrollo menos avanzado, como las áreas de motricidad en la rehabilitación de la parálisis cerebral. Por el contrario, los modelos y sistemas orientados a la rehabilitación neurocognitiva y de comunicación en discapacidades en niños se encuentran a la vanguardia tecnológica.

¿Qué necesita un especialista para llevar a cabo la rehabilitación robótica?

Esencialmente si trabaja en áreas neurocognitivas y de comunicación requiere conocimientos profundos del daño cerebral, de su evaluación y de las TIC. En áreas de rehabilitación motriz y ortopédica, además del proceso rehabilitador, debe tener conocimientos de biomecánica clínica, de sistemas de evaluación del equilibrio, y el movimiento.

En todas las áreas que he citado se deben conocer la tecnología y sus posibilidades.

¿Cuáles son sus áreas de actuación?

En desarrollos tecnológicos ortoprotésicos, sistemas de rehabilitación de marcha desarrollados como equipamiento de laboratorio

en situación de exoesqueletos de entrenamiento al equilibrio y la marcha en el entorno real. También en sistemas expertos de interpretación de las necesidades de la persona para comunicarse y ayudar en el proceso de rehabilitación de la ejecución de tareas del pensamiento (planificación, memoria, programación, etc.).

¿Con qué especialidades tienen más relación?

En los ámbitos no clínicos con la ingeniería, electrónica, materiales. Con las áreas de intervención de la Neurología, Pediatría, Psicología, técnicos ortoprotésicos, fisioterapia, y terapia ocupacional.

¿Cómo son esas relaciones?

El reto es que hoy se circunscribe la colaboración con los profesionales de la tecnología, a los proyectos activos de investigación de vanguardia. Sería conveniente que alcanzara a los centros asistenciales de forma general.

¿Qué queda por hacer en este campo?

Estamos aún en las fases iniciales de extensión de estas tecnologías al ámbito clínico. La tecnología nos abre caminos que deberán ser explorados conjuntamente por técnicos y clínicos. El segundo reto es la investigación que acredite que estos sistemas y programas de rehabilitación reúnen las condiciones de seguridad, eficiencia y efectividad esperada.

¿Qué papel tiene FACME en la coordinación con otras especialidades?

Es la entidad que agrupa los intereses y necesidades. Debe ser representante en todos los foros y áreas del conjunto de las sociedades especializadas. Es el interlocutor de las autoridades políticas, y ante la industria.

¿Cuál es el nivel de la investigación española con respecto al de otros países de nuestro entorno?

En el entorno europeo, España colabora en proyectos internacionales y con proyectos nacionales de actualidad en sistemas emergentes especialmente en las áreas de mejora de la motricidad. Con equipos de tecnólogos y clínicos, un ejemplo es el proyecto de investigación CONSOLIDER-INGENIO, para un exoesqueleto de marcha en patologías de origen neurológico: *Hybrid Neuroprosthetic and Neurobotic Devices for Functional*

Algunas de las preocupaciones de nuestros socios son la disminución de la eventualidad e interinidad, y potenciar la valoración de la investigación y la formación en todos los procesos selectivos de personal



Compensation and Rehabilitation of Motor Disorders (HYPER).

¿Publican los grupos españoles en las revistas internacionales de gran impacto?

Sí, sobre todo los grupos involucrados en el desarrollo de tecnologías y en la aplicación de programas de rehabilitación neurológica. La complejidad de la tecnología y su limitada extensión por su novedad dificultan su difusión y la investigación.

En España, ¿tenemos el suficiente número de especialistas en rehabilitación?

Es una pregunta de difícil respuesta. La extensión de la longevidad y la demanda social de calidad de vida funcional en esos años de extensión de la vida obligan a disponer de recursos humanos especializados de la máxima cualificación clínica, como los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. Una sociedad que demanda capacidad integral de funcionamiento ante los retos a lo largo de la vida augu-

ra la necesidad de disponer de un adecuado número de profesionales, probablemente creciente en los próximos años.

¿Cuál es la presencia de los grupos españoles en los congresos científicos internacionales?

Todavía es limitada, pero tanto en nuestro continente como en citas mundiales se ha producido en la última década un crecimiento de las aportaciones científicas relevantes.

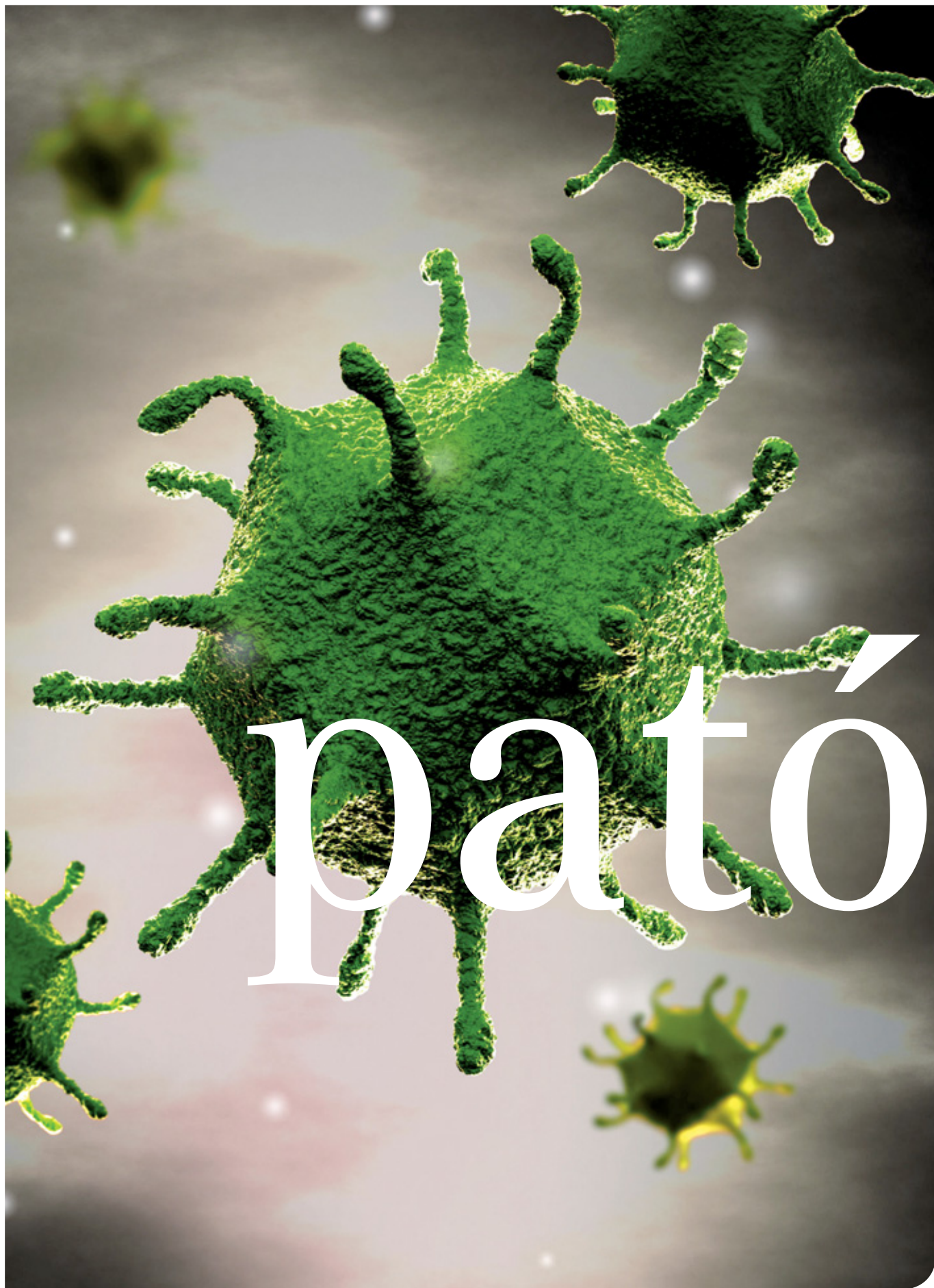
¿Hacia dónde se encamina su especialidad?

La capacitación del profesional de Medicina Física y Rehabilitación, como el médico especializado en los procesos potencialmente discapacitantes y en la prevención de las consecuencias y secuelas de la enfermedad, se convierte en un recurso esencial. Se está estimulando y promoviendo en el marco de la SERMEF la participación de los profesionales de la especialidad, de las sociedades territo-

riales y de las sociedades subespecializadas en la participación en los planes estratégicos ante la cronicidad de las Comunidades Autónomas. La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación dispone de una experiencia acreditada y dilatada de gestión de equipos humanos multidisciplinares y recursos materiales. Constituye pues, un activo para el trabajo en equipo imprescindible en la cronicidad. Además, la experiencia histórica en la aplicación y seguimiento de programas de auto-responsabilidad en el tratamiento rehabilitador, por parte de los pacientes, capacita al profesional de la Medicina Física y Rehabilitación para acometer la educación sanitaria y la formación del "paciente experto" en los programas de atención a la cronicidad, donde ya están presentes estos especialistas. La experiencia acumulada y contrastada en la puesta en marcha de unidades de gestión y unidades funcionales, por problemas o necesidades patológicas relevantes, permite optimizar un recurso como los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación y sus profesionales. En la especialidad y promovido por la SERMEF, se ha acometido de forma continuada en todos los foros la formación y concienciación de la necesidad de la racionalización de los recursos, la evaluación de la efectividad y la capacidad de su sostenibilidad. El grado de implantación de las TIC es insuficiente en el ámbito de la especialidad y existe un amplio recorrido de actualización e implantación de sistemas disponibles para optimizar la eficiencia asistencial ■

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas





pató



Red Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica:

A la caza de nuevos genos

Texto | Nekane Lauzirika



REPORTAJE

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: A la caza de nuevos patógenos

El propósito de la vigilancia epidemiológica es ofrecer la información necesaria para el control de las enfermedades transmisibles entre la población. En España está regulada legislativamente. A la normativa nacional se añaden las decisiones de la Unión Europea y el Reglamento Sanitario Internacional de la OMS. La vigilancia de enfermedades transmisibles en la Unión Europea está coordinada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). La vigilancia se sustenta en la actividad de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología (CNE). Se trata de una estructura descentralizada que refleja la organización autonómica de nuestro país. La integran profesionales y técnicos de Salud Pública de los departamentos de salud local, autonómica y estatal. La Red da respuesta a las necesidades de información de las autoridades de salud y de todos aquellos profesionales que necesitan conocer la presentación, patrones de riesgo y distribución de las enfermedades transmisibles entre la población. La responsabilidad de las medidas recae en el nivel autonómico y la mayor parte de las mismas se llevan a cabo en el nivel local, pero en algunas ocasiones se precisa la intervención o coordinación de las autoridades autonómicas, nacionales o internacionales.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de España está en permanente transformación. En sus inicios, en los años 60, actuaba exclusivamente como un detective de las enfermedades infecciosas, a la caza de nuevos y exóticos patógenos como la malaria y también de viejos conocidos como la gripe. Sin embargo, actualmente tiene otros múltiples objetivos, “no solo sirve para la detección precoz de señales de alertas o de riesgo sanitario, también se utiliza para evaluar el impacto

de los programas de atención sanitaria o de control de las enfermedades, valorar tendencias o la evolución de patógenos de los que todavía no tenemos información suficiente. Igualmente, vale para generar hipótesis o preguntas de investigación para luego poder responder a problemas de los que aún no tenemos suficientes datos”, explica a la Revista EL MÉDICO el epidemiólogo Fernando Simón, responsable del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, quien fue la cara visible del SNS ante la

España ha pasado de reconocer 34 infecciones, número insuficiente en un mundo globalizado en el que virus, parásitos y bacterias “viajan” en avión, a referenciar 60

opinión pública en la reciente emergencia sanitaria del ébola. En esta misma línea, Herme Vanaclocha, presidenta saliente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), reconoce la profunda transformación registrada por esta Red. “Desde hace unos años, se considera que no debe centrarse exclusivamente en las patologías transmisibles, lo que todo el mundo conoce como vigilancia epidemiológica, sino que la Red debe de ir más allá y analizar de

forma sistemática el estado de salud de la población, con el objetivo de implantar medidas para mejorarla”.

Una opinión compartida por la epidemióloga Rosa Cano Portero, del Centro

Nacional de Epidemiología de Madrid. “La Red, que antes llevaba el Ministerio hasta que la Sanidad fue transferida a las Comunidades Autónomas (CC.AA.), ha ido cambiando y evolucionando al mismo ritmo que el Sistema Nacional de Salud (SNS). Pero sigue siendo una de las redes que dan cohesión al Estado español en el ámbito de la Salud Pública”, añade, en plena

coincidencia con Txema Arteagoitia, jefe del Servicio de Vigilancia y de Vacunas de Salud Pública del Departamento de Salud del País Vasco, quien se refiere a la continua adaptación de la vigilancia epidemiológica, “a continuos cambios que se basan fundamentalmente, al margen de su regulación legal, en una serie de protocolos comunes para todas las CC.AA. que se discuten y se establecen cada año en las comisiones interterritoriales”.

Los servicios de vigilancia se comportan como un termómetro para conocer la evolución de las enfermedades infecciosas, pero solo anota las consideradas de declaración obligatoria, aquellas que pueden tener consecuencias para la salud pública. España ha pasado de reconocer 34 infecciones, un número insuficiente en un mundo globalizado en el que virus, parásitos y bacterias “viajan” en avión, a referenciar 60 infecciones.

Se amplían las enfermedades a declarar

Para reforzar la vigilancia, Sanidad elaboró una lista ampliada que incorporó veintiséis nuevas patologías. La decisión que se tomó con las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial de Salud, ce-



lebrado en julio de 2013, no se aprobó, “por cuestiones administrativas” hasta el 17 de marzo de este mismo año.

“La ampliación de las enfermedades de declaración obligatoria nos llevó más tiempo de lo que hubiéramos deseado. Lo que se hizo fue modificar por un real decreto no solo las unidades de vigilancia epidemiológicas sino que, dada la evolución tecnológica que se había producido desde el anterior decreto elaborado en 1995, hubo que hacer pequeñas modificaciones en las notificaciones y en la forma en que se recogía la información, entre otras cuestiones. Nos costó un gran esfuerzo, pero finalmente se consiguió aprobar este año”, reconoce el responsable del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de la lepra, la malaria, la meningitis tuberculosa, la rabia, la rubeola, el sarampión, la sífilis, la tos ferina o la varicela, entre otras. Gracias al mismo, se sabe que en 2012 se contabilizaron, por ejemplo, más de 533.000 casos de gripe, 145.000 de varicela o 3.900 de sífilis en España, con datos pormenorizados por comunidades.

Sin embargo, como apunta Simón, el listado de 1995 “no consideraba la situa-

ción epidemiológica actual en España” y no abarcaba toda la lista de enfermedades y eventos que exigen los organismos internacionales, de ahí su modificación. “La discusión para ampliar el número de enfermedades de declaración obligatoria, –continúa explicando Simón–, se hizo en el seno de la Comisión Epidemiológica en la que participan todas las CC.AA., el Instituto Carlos III, el Centro Nacional de Epidemiología y otros Ministerios implicados –Interior, Instituciones Penitenciarias, etc– y fue coordinada por el Ministerio de Sanidad. La ponencia para modificar el listado fue aprobada luego por la Comisión de Salud Pública que informó favorablemente al Consejo Interterritorial”.

Mejora de la recopilación de datos

Los cambios no se limitaron a ampliar el listado, también se mejoró la recopilación de datos. “No basta con contabilizar

los casos, la declaración debe ser individualizada y se debe aportar datos específicos de los pacientes que permitirán caracterizar el comportamiento de las enfermedades en la población, saber a quién afectan, prevenirlas y controlarlas”, aseguran los expertos. La información de los enfermos quedó registrada

La decisión de ampliar la lista de enfermedades de declaración obligatoria se tomó con las CC.AA. en el Consejo Interterritorial en julio de 2013, pero no se ha aprobado “por cuestiones administrativas” hasta el 17 de marzo último

con códigos de identificación. Es decir, el registro no incorpora nombres y apellidos para proteger la identidad de los pacientes, pero sí el sexo, la edad y otros datos de interés para caracterizar la enfermedad.

“Las modificaciones en la Red eran inevitables. Y lo eran porque el padrón epidemiológico de nuestro país ha cambiado en los últimos años; la distribución de estas patologías y el riesgo de contraerlas también han variado, así como la tolerancia a algunas de ellas. Por lo tanto, es lógico que se hayan tenido que adaptar las enfermedades que se vigilaban hace unos años a las que ac-



REPORTAJE

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: A la caza de nuevos patógenos

tualmente son de interés para que se vigilen a nivel nacional”, añade Rosa Cano, del Centro Nacional de Epidemiología de Madrid.

Los cambios del sistema de nacional de vigilancia vinieron también forzados por la necesidad de adaptar nuestra red a las directrices de vigilancia de la Unión Europea, aprobadas en 2012 entre todos los países miembros, con las nuevas definiciones de casos de todas las enfermedades de declaración obligatoria a nivel europeo. “Además, tenemos que adaptarlo a las necesidades propuestas por la OMS y el reglamento internacional que se consensuó en 2005, ya que nuestro decreto, redactado diez años antes, no cumplía con los requisitos y los compromisos internacionales que habíamos adquirido”, apunta Txema Arteagoitia.

Del botulismo y la salmonelosis al ébola o a la chikungunya

Reconocen los expertos que al hablar de la Red de Vigilancia Epidemiológica nos viene a la mente el ébola, el dengue o la malaria, “sin embargo, en las enfermedades que más tiempo trabajamos son las más habituales como la gripe, los casos de botulismo, meningitis, salmonelosis o intoxicaciones alimenticias en colegios, intentando que no siembre el pánico en las familias. Son las alertas más rutinarias y la Red funciona muy bien”, reconoce la epidemióloga Rosa Cano, mientras apunta que en el mundo global en el que vivimos es fácil que cualquier microorganismo que aparezca en una parte del mundo, en menos de 24 horas, pueda estar en el otro lado del

planeta. “En las últimas décadas, desde la aparición del VIH, han irrumpido 30 o 40 microorganismos nuevos; hay casos de los que tenemos conocimientos suficientes para controlarlos y otros no”, explica Herme Vanaclocha, de SES-PAS.

El Ministerio de Sanidad trabaja en la elaboración de un plan de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores; un plan en el que participan todas las CC.AA, con varios Ministerios y Sociedades Científicas

avión y contagiarte una enfermedad”. Desde 1969 hasta el 2005 había un reglamento internacional en el que la protección de la salud de las poblaciones se basaba fundamentalmente en cerrar las fronteras de cada país e impedir que llegara al tuyo lo que en otros sitios estaba pasando. “La experiencia nos ha demostrado que actualmente esto no sirve ya para nada. Si alguien quiere viajar puede hacerlo; las enfermedades que se transmiten por alimentos, agua, de persona a persona u otros vectores por el motivo que sea, van a moverse. No podemos poner fronteras al mundo porque no van a funcionar; las fronteras, nos guste o no, se cruzan y se tienen que cruzar; poner límites no solo tendría implicaciones sociales muy importantes, sino también económicas. Por eso, hay que tener mucho cuidado con los mecanismos antiguos de control de enfermedades. Eso lo sabemos y se refleja muy bien en el reglamento internacional”, añade el responsable del Servicio de Vigilancia y Vacunas de Salud Pública del País Vasco.

En este sentido, Fernando Simón considera que ni la ciudadanía ni los Estados y Gobiernos, “ni los que trabajamos en epidemiología, que estamos más sensibilizados, pero aún nos cuesta cambiar el chip, no nos creemos del todo que los virus viajan con las personas; que te puede picar un mosquito en un

La población mundial ha cambiado, ya no somos los 1.500 millones de habitantes que había en 1900; actualmente, sumamos 7.500 millones. “Somos casi cinco veces la población de inicio del siglo XX. De 1800 a 1900 los habitantes del planeta se multiplicaron por uno y medio; en el siglo XX se ha multiplicado por más de cuatro. “Por lo tanto, tenemos que adaptarnos a esa situación; poner los recursos que hagan falta, facilitar la movilidad de esos recursos para que todas las personas tengan acceso a ello”, recalca Fernando Simón.

Una red con largo recorrido

¿Está preparado el sistema para una alerta sanitaria de envergadura? “La Red funciona bien; tiene mucha andadura por delante; la vigilancia de las enfermedades transmisibles es una de las actividades tradicionalmente más apegadas a lo que es el desempeño de la autoridad sanitaria, porque las enfermedades transmisibles, debido a su conducta, tienen comportamientos agudos y para la mayor parte de ellas hay prevención”, sostiene Rosa Cano, en la misma línea que Txema Arteagoitia, quien piensa que el sistema “sí está preparado para casos puntuales, pero estar dispuestos para una pandemia es muy difícil. La que tuvimos en el año 2009, afortunadamente, desde el punto de vista de mortalidad no fue tan grande, pero sí tuvo un gran impacto”, señala.

En los últimos años, hemos tenido la epidemia del SARS, de la gripe aviar, el ébola, el coronavirus... “Llevamos ya muchos años, en los que cada 2 o 3 tenemos una emergencia nueva que precisa de una acción conjunta por parte del país. Cada Comunidad Autónoma tiene su propia red de vigilancia y sus protocolos de actuación, aunque en el Consejo Interterritorial, donde participan todos los consejeros de Sanidad, se planifican una serie de actuaciones para que no haya demasiadas desigualdades en el modo de actuar entre unos sitios u

otros”, subraya la presidenta saliente de la SESPAS, al tiempo que hace especial hincapié en la necesidad de llevar a cabo unas políticas de calidad “y estar coordinados a través de la Comisión de Salud Pública, donde participan los directores generales de las Autonomías que tienen competencias en Salud. A partir de ahí, los técnicos designados por cada CC.AA. participamos en las reuniones –lo llevamos haciendo desde los años 90- y consensuamos técnicamente lo mínimo para actuar igual en toda España. Son consensos de cómo debemos de actuar. Junto con el Ministerio y las CC.AA. llegamos a unos acuerdos y por elevación las decisiones que se toman ahí van a la Comisión de Salud Pública donde se aprueba y de aquí a los consejeros de Salud. Donde “ponemos toda la carne en el asador” y a donde dedicamos el 99 por ciento del tiempo a la vigilancia de las enfermedades transmisibles”, reconoce Herme Vanaclocha.

El buen trabajo de las CC.AA.

En esta misma línea, Txema Arteagoitia cree que el trabajo y el esfuerzo de coordinación y mejora que llevan a cabo las CC.AA. en vigilancia epidemiológica es destacable. “La Red se basa en la obligación de todos los médicos del sistema a declarar a la mínima sospecha, una enfermedad que esté incluida en la lista de enfermedades de vigilancia epidemiológica. El sistema está muy asentado en todo el territorio español. Cada CC.AA. tributa la información al centro nacional de epidemiología que depende del Ministerio de Economía que reporta los datos al Centro de Control de Enfermedades Europeo, que está en Estocolmo. Nuestro sistema de vigilancia funciona en principio muy bien y su información es de calidad”, explica

Fernando Simón también piensa que el sistema es bueno, pero reconoce que la capacidad para detectar situaciones de riesgo a tiempo depende en gran medida

de los eslabones de la cadena. “En alguna situación concreta, puede haber un pequeño retraso entre la comunicación del médico que detecta la situación de riesgo o los casos que se puedan ver a nivel autonómico, donde se realiza y se valora, y luego a nivel nacional donde se repite la operación”.

Porque el sistema tiene dos componentes, valora dos aspectos: la notificación de situaciones específicas, ya que un solo caso es una situación de riesgo. En esta situación, la red reacciona bien, porque suelen ser casos de alto riesgo y la notificación es muy rápida. “Funcionan bien en todos los formatos que tiene, porque dependiendo del problema de salud del que hablamos puede ser un tema local, que requiere de una visión inmediata; otros casos pueden tener una implicación nacional o internacional. Según el tipo de patógeno, la información nacional o internacional puede ser más o menos urgente. En general, funciona bien”, sostiene Arteagoitia.

Otro tipo de situaciones que requieren de una actuación inmediata son aquellas patologías que tienen un cierto nivel de endemia en nuestro país. Son enfermedades que, sin tener una gran incidencia, sí hay casos que se detectan a diario o semanalmente y cuya información se transmite con una rutina semanal. Normalmente, se hace a nivel nacional y funciona de forma casi semiautomática, sabiendo que los datos son semanales y teniendo la tranquilidad de que, aunque los datos no son inmediatos en 24 horas, la información se tiene con pocos días de diferencia. “Cuando se trata de datos endémicos suelen ser brotes comunitarios grandes que requieren un periodo mínimo de tiempo

para detectarlos y otro tiempo mínimo para reaccionar; son brotes que duran largos tiempos en la Comunidad y que se gestionan bien”, remarca Simón.

Detectar y comunicar rápidamente

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica, dentro de sus definiciones de caso, comienza su acción cuando se presenta un brote; es una definición sensible donde se tiene que ser capaz de detectar y comunicar rápidamente. “Es simplemente que cuando hay dos personas que se presentan en un sistema sanitario con una sintomatología similar y un posible nexo epidemiológico –que haya una posible vinculación entre los dos casos: haber viajado en el mismo avión, ser de la misma familia, vivir en el mismo edificio...–, eso se debe comunicar como una posible sospecha de un brote epidémico. Eso nos da una reactividad muy alta. Normalmente, suelen ser brotes a nivel local y es la red regional o provincial la que informa; si son brotes locales no tenemos por qué tener la información a nivel nacional de todos

ellos. Si afectan a más de una comunidad, entonces la comunicación será nacional y también inmediata. En ese caso se coordina la reacción y la respuesta entre todas las CC.AA. afectadas”, explica didácticamente el responsable del Centro

de Coordinación de Alertas y Emergencias sanitarias del Ministerio de Sanidad.

El sistema nacional de vigilancia involucra a muchas personas del sector público y privado y cuenta con un buen sistema de preparación de respuesta, “aunque cada día descubrimos puntos en los que podemos mejorar. Cada vez tenemos mejores tecnologías y mecanismos de

La Red se basa en la obligación de todos los médicos del sistema a declarar, a la mínima sospecha, una enfermedad que esté incluida en la lista de enfermedades de vigilancia



REPORTAJE

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica: A la caza de nuevos patógenos

coordinación a nivel nacional, internacional, con las CC.AA., con la UE, con los diferentes grupos participantes. Todo esto lo tenemos que utilizar para mejorar nuestra red”, apostilla Simón. “En tecnología vamos mejorando mucho. En muchas Comunidades disponen de sistemas informatizados de atención sanitaria que están muy desarrollados, con lo cual la notificación sobre información obligatoria se extrae automáticamente de su base de datos, aunque todo esto requiere

de la confirmación de los responsables del diagnóstico, que son los médicos, biólogos, etc., pero lo cierto es que se está facilitando cada vez más la notificación en las CC.AA”, recalca Simón.

La informatización y recursos para los profesionales

De cara al futuro, la informatización es, a juicio de Txema Arteagoitia, el mayor reto que se tiene en la redes de vigilancia epi-

demiológica. “Manejamos tal volumen de información que hay que mejorar los sistemas informáticos para optimizar la traslación de la información rápida a los diferentes nodos de la red; trabajamos en ello, lo que ocurre es que es un tema complejo porque estamos hablando de un sistema que capte la información directamente de los sistemas sanitarios, que los vincule a las unidades de vigilancia epidemiológica, que esta información se concrete, se registre, se tabule y se vuelva a mandar de

LAS 26 NUEVAS INFECCIONES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Campilobacteriosis: Es una patología bacteriana transferida por aves que se suele adquirir al ingerir comida contaminada. Sus síntomas son fiebre alta y dolor abdominal intenso.

Clamidirosis: La clamidirosis es una infección de transmisión sexual. Afecta la uretra en el hombre; en la mujer puede afectar el cuello de la matriz, la uretra y el tracto genital superior.

Carbunco o ántrax: Esta dolencia, muy peligrosa, producida por una bacteria, puede infectar a los humanos al tocar productos de animales infectados.

Criptosporidiosis: Patología parasitaria que causa problemas gastrointestinales. Se adquiere al comer frutas y verduras frescas sin lavar adecuadamente.

Dengue: Se contrae sobre todo por la picadura del mosquito de la fiebre amarilla, el *Aedes aegypti*, que transmite el flavivirus del dengue. Es una dolencia característica de países cálidos y húmedos. Provoca fiebre alta, dolor de cabeza, vómitos y lesiones en la piel.

Encefalitis invasora por *Haemophilus*: infección bacteriana que afecta al cerebro y la médula espinal.

Enfermedad invasora por *Haemophilus*: Motivada por una bacteria; es la segunda causa de meningitis bacteriana en niños hasta los 5 años.

Enfermedad neumocócica invasora: Provocada por el neumococo, es responsable de un amplio número de enfermedades, ya que causa infección del oído medio, senos nasales, tráquea, bronquios y pulmones.

***E. coli* verotoxigénico:** La infección causa patología intestinal y puede ser grave. Se adquiere a través de alimentos manipulados con falta de higiene.

Virus Chikungunya: Propagada por la picadura de un mosquito infectado, produce dolores articulares incapacitantes y persistentes. No suele poner en peligro la vida del paciente.

Fiebre del Nilo Occidental (West Nile): Transferida por mosquito, está presente en África y en EE.UU. Produce desde síntomas leves hasta encefalitis en personas con el sistema inmune deprimido.

Fiebre Q: Patología animal que transmiten ovejas, vacas, gatos... Los humanos adquieren la fiebre Q al inhalar gotitas contaminadas expulsadas por los animales infectados. Veterinarios y ganaderos son los que mayor riesgo tienen de contraerla.

Fiebre recurrente por garrapatas: Infección típica de excursionistas producida por una picadura de garrapata que porta la bacteria *Borrelia hermsii*.

Fiebres hemorrágicas víricas: En este grupo se contabilizan desde dolencias leves a graves con alto riesgo de muerte, como la fiebre de Lassa, la fiebre hemorrágica Marburg, el Ébola, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo.

Giardiasis: Dolencia intestinal provocada por un parásito. Por lo general, se adquiere al beber agua contaminada.

Hidatidosis: Es una patología que el perro puede trasladar al humano, con consecuencias graves para la salud.

Hepatitis C: Afecta a nivel hepático y es causada por el virus de la hepatitis C, se transmite a través de la sangre.

Herpes zóster: Una reactivación del virus latente de la varicela-zóster, que afecta a los nervios periféricos y a la piel, donde puede producir pequeñas ampollas dolorosas

Leptospirosis: Es una infección humana y veterinaria que

nuevo. Además, todo esto con cierta rapidez ya que la vigilancia no se puede hacer a toro pasado; se requiere que la información sea a tiempo real”, explica.

Para Rosa Cano, uno de los puntos fundamentales para que la red de vigilancia epidemiológica cumpla con su cometido es disponer en las CC.AA. de suficientes recursos técnicos y personal experto en cada área del ámbito de trabajo. “Profesionales que puedan atender todas esas

necesidades; en ocasiones, no tenemos el suficiente, ni disponemos de una buena base de datos para que podamos ser capaces de dar informes útiles y de una forma rápida; necesitamos aplicaciones informáticas para que cualquier persona pueda informarse de forma sencilla y para que genere un mapa de tasas de influencia por sexo y edad de las enfermedades que se vigilan a nivel europeo. Tener todas esas posibilidades de desarrollo y apoyo de todas estas tecnologías de la in-

formación es clave para nuestro trabajo”, sentencia la experta del Centro Nacional de Epidemiología de Madrid.

En términos similares se manifiesta Herme Vanaclocha. “Necesitamos unos sistemas informáticos que nos permitan extraer los datos de forma rápida desde la historia clínica informática. Con las nuevas tecnologías no tiene sentido que algunas CC.AA. no puedan todavía trabajar con los datos on-line. Las plataformas

padecen varios animales domésticos y salvajes; varía desde una afección inaparente hasta una enfermedad mortal.

Leishmaniasis: Es una enfermedad que el perro puede transmitir al hombre. Se contrae por la picadura de un insecto, el flebotomo, que previamente ha picado a un animal infectado. Es grave en personas con el sistema inmune debilitado. Puede afectar a la piel o a órganos vitales como el hígado.

Listeriosis: Enfermedad intestinal muy grave que puede causar sepsis. Las verduras, las carnes y otros alimentos se pueden infectar al entrar en contacto con suelos o estiércol contaminado. También la leche cruda y sus derivados.

Linfogranuloma venéreo: Enfermedad venérea que se transmite por vía sexual.

Toxoplasmosis congénita: Infección fetal, se adquiere durante el periodo gestacional si la madre adquiere el parásito toxoplasma gondii.

Tularemia: O fiebre de conejos, es una patología bacteriana asociada con animales y seres humanos.

Viruela: Erradicada desde el año 1978, esta infección ha matado a lo largo de la historia a más personas que el resto de patologías infecciosas juntas. La vacunación en todo el mundo detuvo la extensión de la viruela hace ya tres décadas. En la actualidad se guardan restos del virus para poder volver a fabricar vacunas en laboratorios de alta seguridad.

Yersiniosis: La bacteria que la causa la transmiten animales, pero asimismo puede ser propagada de persona a persona al tocar a otros o al manipular comida sin lavarse las manos.





informáticas cuestan dinero y hay administraciones sanitarias que no le dan prioridad a este tema”, critica, al tiempo que se refiere al reto que supone tener que estar en alerta las 24 horas del día, los 365 días del año. “Trabajo de guardias que los médicos de Salud pública no cobramos, mientras que el resto de los médicos sí las tienen retribuidas. Estamos cansados de hacer guardias de forma voluntaria. En algunas Comunidades se ha solucionado el tema, pero son las menos. En la mayoría, funcionamos con un teléfono móvil que está de guardia las 24 horas. En el área

Los expertos reconocen que al hablar de la Red viene a la mente el ébola, el dengue o la malaria, pero las enfermedades más habituales son la gripe, los casos de botulismo, la meningitis o intoxicaciones

de las enfermedades infecciosas es una asignatura pendiente; los profesionales que trabajamos en esta área de salud pública y que pertenecemos a la Administración sanitaria, somos funcionarios distintos al resto, de funcionarios con unos horarios diferentes, porque si hay una infección meningocócica en un colegio hay que explicar a los padres lo que hay que hacer; hay que quedarse. No tenemos horarios y trabajamos, como debe ser, cuando tenemos una alerta de Salud Pública, aunque sea domingo, Navidad, pero sin cobrar las guardias”, reivindica la portavoz del SESPAS.

Mantener la respuesta a 24 horas

Fernando Simón adelanta varias líneas de trabajo claves que quieren desarrollar en la Red. “Primero, desarrollar y garantizar que la respuesta a 24 horas se establece de manera estable y eficiente en todas las CC.AA. Esto ya se está cumpliendo; el fin es garantizar la estabilidad, que no es tan fácil. Otro punto es incluir aspectos de vigilancia que hasta ahora no eran tan prioritarios, pero que progresivamente, en los últimos 5 o 10 años, están revelándose

como temas prioritarios en Salud Pública. Uno es el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Y no solo me refiero a las nosocomiales, que se producen en los grandes hospitales, sino en cualquier área de la asistencia. Ya se está trabajando duro en muchas unidades españolas y pronto tendremos un documento que nos permita vigilar correctamente a nivel nacional las infecciones relacionadas con la asistencia”, recalca Simón.

También apuesta el epidemiólogo por mejorar algunos aspectos de preparación y respuesta de quienes

no están totalmente asociados a la red de vigilancia, pero que se nutren mucho de la información de vigilancia. “Y esto requiere de un trabajo multisectorial importante que incomoda. La coordinación interna suele ser complicada en muchas instituciones, así que la coordinación multisectorial obviamente requiere de gestión y negociación. Estamos avanzando, pero nos llevará unos meses poder decir que tenemos una coordinación multisectorial. Al

menos, a mí me gustaría que fuera así. Y si la hay es porque cuando se necesita se establecen los mecanismos para que funcione. Se ha visto con el ébola, los refugiados... Pero desearía que estuvieran establecidos los protocolos de una forma más ordenada y que no requirieran de acciones específicas en cada situación, sino que estuvieran establecidas de antemano. Todo esto se está consiguiendo poco a poco; estoy convencido de que

vamos a lograr sacarlo adelante”, remarca.

El control de las enfermedades transmitidas por vectores

Otra de las asignaturas pendientes, que no lo es tanto “porque llevamos varios años trabajando en ello, es el control de riesgos que todavía no han supuesto un problema de Salud Pública para España, pero que lo supondrá. Y eso implica la vigilancia no ya de enfermos, sino el control y vigilancia de otros riesgos. En concreto, hablo de las enfermedades transmitidas por vectores. A nosotros nos interesa controlar, gestionar y vigilar la distribución y la entrada o no de posibles vectores de patologías en nuestro país. Hablamos de insectos, de enfermedades contagiadas por mosquitos, garrapatas u otros insectos que puedan ser transmisores de la enfermedad”, explica Simón.

De hecho, se está trabajando en un plan de vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores. “Un plan con todas las CC.AA., con varios Ministerios y Sociedades Científicas. Éste es otro de los

El sistema nacional de vigilancia epidemiológica involucra a muchas personas del sector público y del privado, y cuenta con un buen sistema de preparación de respuesta

aspectos que nos interesa sacar adelante. El chikungunya, cuyo vector es el mosquito Tigre y que tanto revuelo ha levantado, es una de estas enfermedades”, concluye el responsable del Centro de Coordinación de

Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, quien reconoce la dureza del trabajo de las unidades de vigilancia, porque requiere un esfuerzo extra de los profesionales que trabajan de forma permanente y que “normalmente ven poco reconocido su trabajo, ya que es una labor a la sombra, pero que requiere de profesionales muy comprometidos con su función. De hecho, si funciona bien la Red es por ellos”, remacha Simón. ■



Dispensación e indicación complementaria... en Dermatología



Acreditado por la
Comisión
Nacional de Formación
Continuada de las
Profesiones Sanitarias

PENDIENTE ACREDITACIÓN

● <http://formacion.auladelafarmacia.com/IFC/dermatologia>

● <http://institutonline.cofares.es/>

TEMAS

- Acné
- Cáncer cutáneo
- Dermatitis atópica
- Dermatitis seborréica
- Psoriasis
- Rosácea

CONTENIDO

- Cuerpo teórico
- Imágenes clínicas
- PPT resumen
- Caso práctico
- Ficha con temas a recordar
- Ficha de recomendaciones al paciente



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

1 de octubre

"Si no modificas el hospital la gestión clínica es inviable", apunta César Pascual. Para poder hacer viables los proyectos de gestión clínica es necesario flexibilizar la organización de los hospitales y otorgarles de más autonomía, ya que si ni si quiera los gestores gozan de autonomía para tomar decisiones en sus centros es difícil que estos puedan transferírsela a los clínicos. Esa es una de las principales conclusiones que se desprendían de la jornada "¿Son viables los proyectos de gestión clínica?", organizada por FACME y SEDISA. Pascual defendía que si bien los gestores siguen creyendo que la gestión clínica "es una herramienta básica y fundamental", lo cierto es que actualmente la ve como "viable y posible, pero poco probable en el medio plazo". Esto era así porque aún no se han salvado barreras para su introducción como la escasa implicación de los colectivos profesionales, la escasa cultura de innovación de las organizaciones, el tímido apoyo institucional y sobre todo la necesidad de reforma del marco normativo y laboral. "Necesitamos flexibilizar nuestras organizaciones", afirmaba Pascual, que ve necesario pasar de un modelo jerarquizado a una estructura horizontal, ya que "en un entorno de gestión pública directa no se pueden hacer unidades de gestión clínica". Así, más que proyectos aislados, César Pascual veía necesaria "una profunda revisión del modelo hospitalario" para que la gestión clínica de verdad fuera posible ■

6 de octubre



El nuevo consejero gallego promete "trabajo y humildad". Jesús Vázquez Almuíña prometía afrontar su nueva responsabilidad con "trabajo y humildad", al tiempo que lanzaba un mensaje como relevo de

Rocío Mosquera: "Podemos conseguir objetivos si nos dejamos de polémicas y construimos". En su toma de posesión agradecía la "confianza" que el presidente deposita en él para un reto "tan importante" como la gestión sanitaria. Asimismo, reconocía la labor de Mosquera, con la que coincidía en que la gestión de esta área es "difícil", pero "muy gratificante". A su juicio, el sistema público está "a un alto nivel", pero hay que "seguir avanzando" en el mismo, "consolidarlo" y afrontar "nuevos retos" ■

7 de octubre

"Se elimina la discriminación positiva del genérico en caso de igualdad de precio", anuncia Jesús Aguirre. La Comisión de Presupuestos Generales del Estado, celebrada en el Senado, aprobaba tres enmiendas relativas al sistema sanitario público. El portavoz de Sanidad del GPP y senador por Córdoba, Jesús Aguirre, destacaba que son "importantes para la sostenibilidad de la Sanidad, para el uso adecuado de los medicamentos y para facilitar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos". La principal modificación se refiere al precio de los medicamentos genéricos, ya que se elimina la discriminación positiva de estos en caso de igualdad de precios, tanto en la prescripción por principio activo como por denominación comercial. Con esta enmienda, asegura Aguirre, se da "coherencia al concepto y naturaleza propia del medicamento genérico" ■

15 de octubre

El Ministerio insiste en que la recertificación debe ser regulada por la Administración. Las tres sociedades de Atención Primaria, SEMERGEN, semFYC y SEMG, presentaban su acuerdo para elaborar conjuntamente una plataforma de desarrollo profesional continuo, dentro del foro del 37 Congreso SEMERGEN, que se celebró en Valencia, con el objetivo de abrir el debate en torno a la recertificación y a qué actores deben participar en la misma. "Somos un país que no supo subirse al carro de la recertificación en su momento, en Europa son 34 los países que realizan recertificación de sus médicos, en 15 de ellos es obligatorio, y lo hacen las sociedades científicas", afirmaba José Luis Llisterri, presidente de SEMERGEN. En este sentido, Carlos Jesús Moreno, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, se mostraba de acuerdo en que las sociedades científicas son las que tienen las competencias evaluadoras, "pero la competencia reguladora la tiene la Administración". Por ello, en el futuro Real Decreto de Desarrollo Profesional "se prevé que la competencia esté en manos de la Administración, y la repartirá en los actores que crea conveniente", pese a lo expuesto por las Sociedades ■

16 de octubre

Manuel Molina aboga por evitar la judicialización de la práctica médica. El Colegio de Médicos de Madrid acogía el XXII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. En el encuentro, organizado por la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), el vicepresidente de la Comunidad de Madrid, Manuel Molina,

subrayaba que "la realidad emergente y la complejidad del Derecho y de la Medicina hacen que cada vez sea más necesario aumentar la coordinación y la buena comunicación entre el ámbito jurídico y el sanitario". Desde la Consejería de Sanidad, aseguraba, "estamos abiertos al diálogo con los profesionales



puesto que el sistema sanitario y el ámbito jurídico deben de ir de la mano y evolucionar acorde a la situación de cada momento. Entre todos debemos reforzar las relaciones de los profesionales con los pacientes y a su vez mejorar su vínculo con el sistema sanitario". Para concluir, Molina abogaba por evitar la judicialización de la práctica médica ya que, en su opinión, "esta no es buena ni para el paciente ni para los profesionales" ■

17 de octubre

La nueva Orden de Precios de Referencia, que afecta a 14.000 presentaciones de fármacos, ahorrará 91 millones.

El Boletín Oficial del Estado publicaba la Orden del ministro de Sanidad que actualiza el sistema de precios de referencia de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, por la que se revisarán los precios de 14.141 presentaciones de medicamentos. De ellas, 11.364 son dispensables en farmacia y 2.777 en hospital. Con esta medida, el Gobierno espera ahorrar 91,09 millones de euros en medicamentos dispensados a través de oficinas de farmacia, de los que 10,61 millones de euros repercutirán directamente en los ciudadanos ■

20 de octubre

Alfonso Alonso se compromete con CESM a convocar ya el grupo de gestión clínica Foro-Ministerio. El ministro atendía las reclamaciones de los médicos respecto al deterioro de las condiciones laborales y retributivas, y por tanto del descenso de calidad del SNS que ha habido en los últimos años, y se compromete a intentar reconducir la relación entre el Foro de la Profesión y el Ministerio. Por su parte, CESM salía sin "nada en concreto" aunque estimaba que se rompía el distanciamiento existente; "pero el escaso tiempo que falta para que se agote la legislatura y que no vaya a haber en ella ningún Consejo Interterritorial más son aspectos que juegan en contra de conseguir ahora avances que no se han producido en los meses anteriores" ■

21 de octubre

Médicos protestan ante el Ministerio por haber incumplido con el Pacto firmado en La Moncloa hace 2 años.

Entre 200 y 300 médicos se concentraban a las puertas del Ministerio de Sanidad, convocados por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), en señal de protesta después de que el Gobierno haya incumplido en un 80 por ciento el pacto que firmó en 2013 en el Palacio de La Moncloa con estos profesionales. Ataviados con batas blancas, silbatos y bocinas, y con pancartas los manifestantes se concentraban a partir de las 13.00 en el Paseo del Prado, frente a la sede del Ministerio, para criticar la inacción del Gobierno tras el acuerdo que firmaron hace dos años en presencia del presidente del Gobierno, Mariano Rajoy. "No se ha cumplido en un 80 por ciento lo que se acordó", defendía en declaraciones a los medios el secretario general de la CESM, Francisco Miralles, que recordaba que en dicho Pacto incluían una serie de medidas para seguir garantizando la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud que, "con estos incumplimientos, está en grave riesgo" ■



23 de octubre

El Consejo de Ministros aprueba el RD que regula la "prescripción enfermera". Este RD, según el ministro de Sanidad, Alfonso Alonso, era acordado tanto con los enfermeros como con el Foro de la Profesión Médica a quien se ha garantizado que las nuevas funciones de los enfermeros "no merman ni disminuyen" sus competencias. Y es que, en el proceso de negociación, los médicos solicitaron que se modificara el artículo 3 del Real Decreto porque no dejaba "claro" si el uso de medicamentos con receta tenía que estar sujeto "previamente" a prescripción médica. En este sentido, el ministro de Sanidad aseguraba que el texto recoge de manera "explícita" que la prescripción corresponde "siempre" al médico. "Se han introducido las garantías para que esto sea así. Y, por tanto, creo que se ha llegado a un punto razonable de regulación que va a dar seguridad al trabajo que habitualmente realizan los enfermeros en España y al que realizan los profesionales de la Medicina que tienen esa responsabilidad de prescribir", argumentaba Alonso ■

NOTA: Cronología del 28 de septiembre al 27 de octubre de 2015.

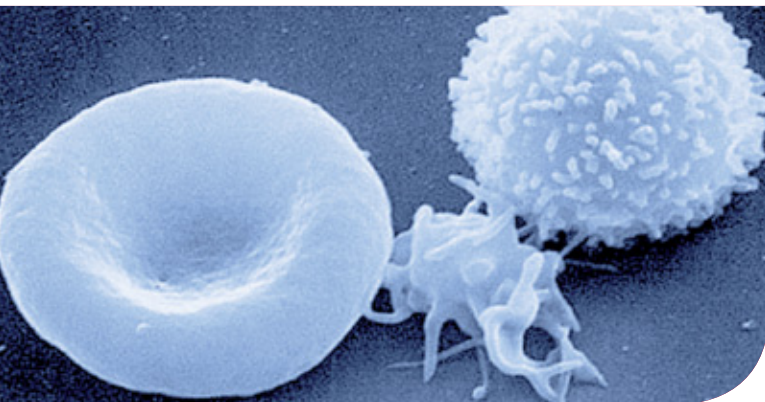
Para ampliar informaciones, ver:
<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst



La
antánea
médica



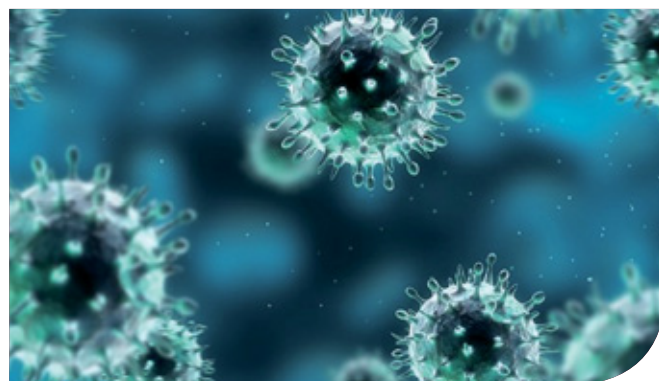
Crean un dispositivo capaz de contar glóbulos blancos a través de la piel en tiempo real

Un grupo internacional de jóvenes bioingenieros, entre ellos el español Carlos Castro, ha desarrollado un dispositivo portátil capaz de contar glóbulos blancos en tiempo real a través de la piel y, por ende, sin necesidad de una muestra de sangre. Las aplicaciones de este sensor óptico, denominado 'Leuko' y que podría estar en el mercado en 2019, van desde mejorar el tratamiento de pacientes a los que la quimioterapia deja sin defensas a la prevención de sepsis. La iniciativa ha logrado financiación de Madrid-MIT M+Visión, un consorcio que busca impulsar la colaboración entre centros de investigación y hospitales de la Comunidad de Madrid con el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) y otros centros del área de Boston (Estados Unidos). La tecnología utilizada incluye un sistema óptico portátil que proporciona iluminación oblicua con LED y es capaz de tomar imágenes de capilares superficiales bajo la piel a un nivel resolución celular. Los vídeos adquiridos son después automáticamente analizados por algoritmos –protegidos ya mediante una patente– capaces de detectar los glóbulos blancos y calcular su concentración. El dispositivo se coloca sobre el dedo del paciente, de manera similar a los pulsioxímetros que se usan en hospitales para medir los niveles de oxígeno en sangre. Mediante una pequeña lente, el sistema adquiere imágenes de capilares muy superficiales en el lecho ungueal, bajo la uña. Al iluminar a determinadas frecuencias, la luz es absorbida por la hemoglobina en los glóbulos rojos, un efecto que no sucede en los glóbulos blancos. Esto hace que los leucocitos aparezcan como pequeñas partículas transparentes moviéndose dentro del capilar. Después, los algoritmos de procesamiento de imagen reconocen dichos eventos y los cuentan proporcionando una estimación de su nivel en la sangre. Según los cálculos de los investigadores, a

principios de 2017 ya podrán tener listo un primer producto en fase beta disponible para personas que quieran probarlo a través de plataformas de 'crowdfunding' como 'Indiegogo' ■

Los nuevos tratamientos para la hepatitis C están curando al 96 por ciento de los pacientes en España

Los tratamientos de última generación para la hepatitis C que se utilizan en España desde finales del año pasado están logrando una tasa de curación del 96 por ciento, según los datos de un trabajo del Grupo de Estudio de Hepatitis (GEHEP) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Estos fármacos de última generación ya habían demostrado una elevada tasa de curación en los ensayos clínicos previos a su autorización pero, como ha reconocido Juan Antonio Pineda, presidente del Comité Científico de GEHEP, "están funcionando como se esperaba e incluso mejor" ya que en estos estudios participan pacientes con una elevada adherencia al tratamiento. De hecho, Pineda ha mostrado su satisfacción por la elevada eficacia demostrada en los pacientes más avanzados, entre los que incluso había cirróticos descompensados en situación previa a un trasplante. "A pesar de ser enfermos en situación mala, casi el 90 por ciento se están curando. Estoy sorprendido porque esperaba encontrar peores tasas, de incluso 10 puntos menos", ha reconocido. Además, Pineda ha asegurado el Plan Nacional que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas aprobaron a principios de este año para garantizar el acceso de los pacientes a estos nuevos fármacos "se está cumpliendo bien" y ya se trata con estos fármacos a la mayoría de los pacientes. Por otro lado, el estudio también compara los pacientes de esta cohorte con otro grupo de coinfectados por VIH, y los datos muestran que estos pacientes en la práctica clínica responden algo peor que los mono infectados. "Esto es algo muy novedoso, porque, a partir de los ensayos clínicos se había deducido que respondían igual", ha explicado Karin Neukam, que pide ser prudentes y usar pautas menos potentes en caso de que no haya datos específicos de estudios en coinfectados ■

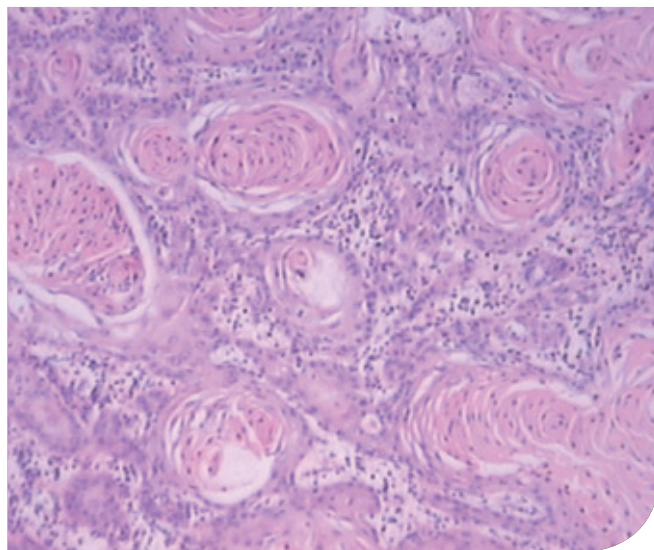


Identifican variantes genéticas determinantes en los tratamientos inmunosupresores de los trasplantados de corazón

El grupo de Investigación de Farmacogenética del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS-La Fe), junto con la Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante de Corazón, ha desarrollado un estudio en el que se identifican variantes genéticas que pueden contribuir a identificar pacientes trasplantados de corazón que puedan presentar riesgos incrementados al tratamiento inmunosupresor. Según el director del Área del Medicamento del Hospital La Fe, José Luis Poveda, los resultados "permitirán diseñar tratamientos farmacológicos personalizados para reducir los efectos adversos de estos tratamientos, como puede ser la alteración de la función renal y contribuir a disminuir las posi-



bilidades de rechazo del órgano trasplantado". Concretamente, se ha analizado un panel de polimorfismos genéticos de tipo SNP (Single Nucleotide Polymorphisms), diseñado para el estudio de los principales fármacos inmunosupresores que se utilizan en el trasplante de órganos: ciclosporina y tacrólimus. Con este trabajo se ha determinado cómo la presencia de diferentes polimorfismos SNP pueden influenciar el desarrollo de complicaciones clínicas en el primer año posterior al trasplante de corazón. En el estudio fueron incluidos 60 pacientes trasplantados en el Hospital La Fe entre 2008 y 2010, a los que se analizó la evolución en el primer año posterior al trasplante, centrándose en el posible rechazo del órgano, y en la presencia o ausencia de infecciones o disfunciones renales. De estos 60 pacientes, 36 fueron tratados con ciclosporina y 24 con tacrólimus. En el estudio no se observaron diferencias entre los pacientes tratados con cada uno de estos fármacos. Pasado el primer año al trasplante, un 63 por ciento de pacientes había experimentado algún episodio de rechazo al trasplante, un 47 por ciento habían padecido alguna infección y un 22 por ciento habían tenido algún tipo de disfunción renal ■



Investigadores españoles logran importantes avances en estudios pre clínicos de cáncer de mama y ovario

Un equipo de investigación del proyecto 'Cómo combatir la resistencia a tratamientos antitumorales en cáncer de mama', financiado por la Fundación Cris contra el cáncer, ha logrado importantes avances en estudios pre clínicos de cáncer de mama y ovario, al descubrir varios medicamentos que hacen efecto en estas pruebas experimentales. Respecto al cáncer de mama, los investigadores han descubierto dos productos farmacológicos que sí han funcionado, incluso combinados con quimioterapia, dando resultados muy positivos en los 'tumores triple negativos' en estudios preclínicos. Este tipo de tumor carece de expresión alta de marcadores, presenta un curso clínico muy agresivo y desfavorable y, antes de este estudio, no existía ningún tratamiento para combatirlo excepto la quimioterapia. Este descubrimiento abrirá la posibilidad a muchos pacientes de participar en ensayos clínicos y ganar una oportunidad de curarse. En cuanto al cáncer de ovario, los investigadores han probado un fármaco (trastuzumab-emtansina) que tenía buenos resultados en mama y lo han probado en un tumor de ovario HER2 positivo en estudios preclínicos, un tipo de cáncer que representa solamente un 8 por ciento del total, y también ha tenido éxito. El proyecto por el que se han llevado a cabo estas pruebas se desarrolla conjuntamente en el Complejo Hospitalario Universitario Albacete y en el Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca, trabajando junto a diferentes compañías farmacéuticas para analizar el efecto de fármacos en pruebas experimentales. El objetivo de esta iniciativa es identificar las causas por las que muchas mujeres con tumores de mama tienen un pronóstico grave ■



INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

La instantánea médica

El estrés laboral puede estar vinculado con mayor riesgo de accidente cerebrovascular

Tener un trabajo de mucho estrés puede estar relacionado con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, según un análisis de varios estudios que se publica en la edición digital de 'Neurology', la revista médica de la Academia Americana de Neurología. Este meta-análisis se centró en la totalidad de la investigación disponible sobre la tensión laboral y el riesgo de accidente cerebrovascular. Los seis estudios evaluados incluyeron un total de 138.782 participantes que fueron seguidos durante entre tres a 17 años. Se clasificaron los trabajos en cuatro grupos en función de cuánto control tenían las personas sobre sus trabajos y lo duro que trabajaban o las demandas psicológicas del trabajo, entre las que se incluyen la presión del tiempo, la carga mental y las cargas de coordinación. El análisis detectó que las personas con empleos de alto estrés tenían un 22 por ciento más riesgo de accidente cerebrovascular que aquellas que poseen empleos de baja tensión. En concreto, las mujeres con empleos de alto estrés registraban un 33 por ciento más de riesgo de accidente cerebrovascular que las mujeres



con trabajos de baja tensión. Las personas con puestos laborales de alto estrés poseían un 58 por ciento más probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico que las que están en empleos de baja tensión. Los individuos en puestos de trabajo activos y pasivos no tenían mayor riesgo de accidente cerebrovascular. ■



El tratamiento con insulina debe iniciarse de forma precoz tras el diagnóstico de diabetes

Un estudio piloto de 23 adultos con diabetes tipo 2 detectó que la terapia de insulina precoz tras el diagnóstico reciente es tan eficaz como 15 meses de tratamiento oral y puede mejorar la capacidad del cuerpo para producir insulina. El actual estándar de tratamiento requiere un tratamiento inicial con terapias orales que suprimen la producción de glucosa por el hígado. Por el contrario, la insulina es una hormona producida por el páncreas que permite al cuerpo utilizar la glucosa y evita que los niveles de azúcar en la sangre suban demasiado. Si se utiliza precozmente, puede proporcionar un tratamiento eficaz con menos efectos secundarios metabólicos. En el ensayo controlado aleatorio, se redujeron los niveles de hemoglobina glicosilada del grupo tratado con insulina desde el 10,1 al 6,7 por ciento después de 15 meses. Los participantes que recibieron la terapia oral intensiva registraron una caída en su nivel de hemoglobina glicosilada de 9,9 a 6,8 por ciento a los 15 meses. El tratamiento con insulina fue bien tolerado sin hipoglucemia severa. Mientras el grupo de tratamiento oral intensivo aumentó de peso, los sujetos a los que se les administró insulina perdieron un promedio de 2,27 kilogramos. "A pesar de que la mejora de la glucosa era relativamente comparable entre los dos grupos, nuestros resultados apoyan la idea de que el cuerpo puede mejorar su capacidad de secretar insulina natural cuando se da al principio insulina", afirma el investigador principal, Jay Shubrook, "Esto puede deberse a que la terapia de insulina temprana protege las células beta en el páncreas que responden a la glucosa y producen insulina", concreta ■

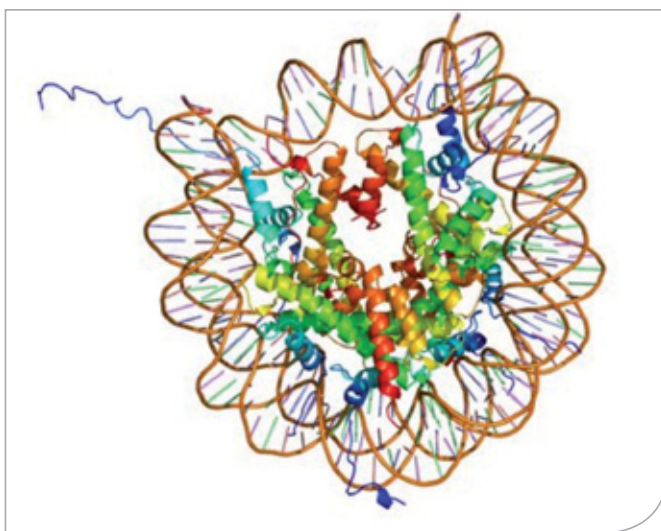


Los antiinflamatorios no esteroideos pueden reducir el riesgo de cáncer colorrectal

Investigadores del Centro Danés de Investigación en Cáncer en Copenhague, Dinamarca, han descubierto que el consumo diario de una o dos dosis de ácido acetil salicílico durante al menos cinco años puede reducir el riesgo de cáncer colorrectal, según los resultados de un trabajo que publica la revista 'Annals of Internal Medicine'. En este nuevo trabajo, se utilizaron datos de más de 113.000 individuos, y se vio que el consumo diario de dosis bajas de ácido acetil salicílico durante al menos cinco años se asociaba a un riesgo un 27 por ciento menor de desarrollar cáncer colorrectal, mientras que los antiinflamatorios que no tenían este compuesto lo reducía en un 30 por ciento. En cambio, en pacientes que no tomaron el ácido acetil salicílico de forma continuada no se alteró el riesgo de desarrollar estos tumores por lo que "hay poca protección", ha explicado Soren Friis, autor del estudio. No obstante, Friis y su equipo recuerdan que el uso regular de ambos medicamentos también puede conllevar riesgos, ya que a largo plazo puede causar sangrado gastrointestinal, por lo que insisten en no comenzar a usar estos fármacos sin receta ■

Revelan el papel de las histonas en la herencia de enfermedades

Los científicos de este nuevo trabajo creen que sus hallazgos, que se describen en un artículo publicado en la revista 'Science', tienen el potencial de cambiar profundamente la comprensión de cómo los humanos heredan las patologías. Los investigadores muestran que hay algo aparte del ADN que juega un papel importante en la herencia en general y podría determinar si los hijos y nietos de un padre serán saludables o no. En el pasado, la mayor parte de la investigación en este área, conocida como epigenética, se ha centrado en un proceso que implica el ADN y ciertas moléculas (llamadas grupos metilo) que se unen al ADN y actúan un poco como un regulador de intensidad, activando o desactivando la expresión de genes



específicos. Los científicos tenían curiosidad sobre si las histonas pueden jugar un papel en la transmisión de la información hereditaria de padres a hijos, ya que forman parte del contenido de los espermatozoides transmitido en la fertilización. Las histonas son distintas del ADN, aunque se combinan con él durante la formación de células, actuando un poco como una bobina alrededor del cual se enrolla el ADN. Así que, para probar su teoría acerca del posible papel de las histonas en la orientación del desarrollo del embrión, los investigadores crearon modelos experimentales en los que se alteró ligeramente la información bioquímica en las histonas durante la formación de células de espermatozoides y luego se midieron los resultados, analizando después los efectos sobre la descendencia. Lo que descubrieron fue que había consecuencias nefastas para la descendencia, tanto en términos de desarrollo como de supervivencia. Por otra parte, resulta sorprendente que estos efectos todavía se podían ver dos generaciones más tarde. ■



Nuevo dossier monográfico actualizado sobre Manejo de los procinéticos después de la domperidona y la metoclopramina

Elaborado por:

Joaquín Poza Cordón. Médico Adjunto Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitario La Paz
Silvia Gómez Senent. Médico Adjunto Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitario La Paz
Pedro Mora SanZ. Jefe de Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitario La Paz



Definición; Mecanismo de acción: acción antidopaminérgica, acción serotoninérgica; Clasificación farmacológica: fármacos colinérgicos anticolinesterasas, ortopamidas, metoclopramida, antagonistas periféricos D2, fármacos con acción sobre receptoras de la serotonina, fármacos agonistas de la motilina; Uso de los procinéticos; Náuseas y vómitos; Gastroparesia diabética; Dispepsia funcional tipo dismotilidad; Estudios comparativos entre procinéticos: eficacia clínica en síntomas dispépticos, eficacia clínica en ERGE, eficacia clínica en náuseas y vómitos; Seguridad de los procinéticos.

Descárguelo de forma gratuita en

<http://actualizaciones.elmedicointeractivo.com/procineticos>



Actividad acreditada por la Comisión Nacional de Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad de Madrid.



Eficacia superior a metoclopramida y domperidona ⁽¹⁾
 Libre de interacciones metabólicas y alertas sanitarias ⁽²⁾
 Con la evidencia comparada que cinitaprida no puede ofrecerle ⁽³⁾



Si frente a náuseas, vómitos y síntomas dispépticos,
 Levogastrol es hoy la ruta directa,

¿por qué no seguirla?



Ficha Técnica en pág. 80

(1) Corazza GR, Biagi F, Albano O, et al. Levosulpiride in functional dyspepsia: a multicentric, double-blind, controlled trial. Ital J Gastroenterol, 1996;28:317-23

(2) Ficha técnica Levogastrol.

(3) Cinitaprida NO dispone de estudios comparativos indexados en dispepsia funcional, salvo por un comparativo con metoclopramida, en el que no se aprecian diferencias significativas.





Nuevo dossier monográfico actualizado sobre Actualización en el manejo de las verrugas anogenitales o condilomas acuminados

Elaborado por:

Dra. Sònia Beà Arbébol
Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias,
Alcalá de Henares (Madrid)

Dr. Juan Ballesteros
Centro Sanitario Sandoval, Madrid



Historia clínica; Exploración física; Diagnóstico; Diagnóstico diferencial;
Tratamiento; Bibliografía

Descárguelo de forma gratuita en

<http://actualizaciones.elmedicointeractivo.com/ets>



Actividad acreditada por la Comisión Nacional de
Formación Continuada de las profesiones sanitarias de la
Comunidad de Madrid.



EN VERRUGAS GENITALES EXTERNAS Y PERIANALES*¹

100 mg/g pomada



VEREGEN[®]

Extracto de hojas de té verde

Desaparición completa
de todas las verrugas¹

60,7%

EFICACIA HOY

ACTUANDO SOBRE EL ORIGEN

VEREGEN[®] presenta una
baja tasa de recurrencias²

4-6,5% Pacientes
que presentan
recurrencias a
las 12 semanas tras tratamiento con VEREGEN^{®2}

La combinación de varios
mecanismos de acción mediados por
las sincatequinas **eliminan tanto las
células clínicamente afectas como
aquellas con infección subclínica²**

REEMBOLSADO
por el SNS

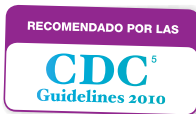
Tubo 15 g
C.N. 667299.0



Cómodo y fácil de
aplicar por el paciente
3 veces al día¹



Incluido en las principales Guías de tratamiento



Aplicar una pequeña cantidad de VEREGEN[®]
en una fina capa de pomada cubriendo
completamente la verruga¹

Máximo 16 semanas¹

Bial

Ficha Técnica en pág. 79

*En pacientes inmunocompetentes mayores de 18 años.

1. Ficha Técnica Veregen[®].

2. Muñoz-Santos C, et al. Nuevos tratamientos en la infección por virus del papiloma humano. Actas Dermosifiliogr. 2013; 104: 883-9.

3. Chen ST, et al. New therapies from old medicines. Nat Biotechnol. 2008; 26(10): 1077-1083.

4. Lacey CJ, et al. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013; 27(3): e263-70.

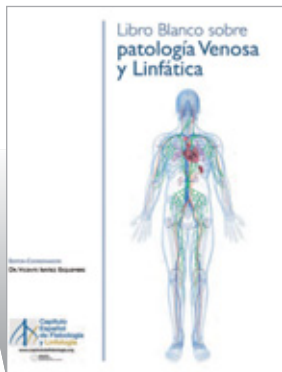
5. Workowski KA. Centers for disease control and prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep. 2010; 59(RR-12): 1-110.



Angiología y Cirugía vascular

Libro blanco sobre patología venosa y linfática

Coordinador: Vicente Ibáñez Esquembre



El Capítulo Español de Flebología y Linfología (CEFyL) de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV) presenta su "Libro blanco sobre patología venosa y linfática", la primera obra en su campo de conocimiento que se edita en habla hispana.

La obra ha contado para su realización con 72 autores de toda España, principalmente, especialistas en Angiología y Cirugía vascular, pero también de otras especialidades

(médicos rehabilitadores, radiólogos, anestesiistas y médicos nucleares, así como cirujanos plásticos, pediátricos y cardiovasculares), otras disciplinas (dietistas, psicólogos), asociaciones de pacientes e, incluso, periodistas.

Contando con el apoyo de Laboratorios Rovi, el texto recoge la última evidencia científica en lo que concierne a las patologías venosas y linfáticas, haciendo un repaso por su diagnóstico, tratamientos posibles y recuperación posterior.

Con el objetivo de cubrir un vacío existente sobre esta dolencia, el manual aborda temas como: la situación de la patología venosa en España, su correcto diagnóstico y tratamientos quirúrgicos, con las distintas técnicas y tecnologías existentes; el bloque II trata la patología linfática y para terminar con el aspecto clínico de la obra se desarrollan los aspectos concernientes a la Flebología y la Linfología en España.

La obra concluye con un capítulo sobre la situación actual de los afectados por linfedema en España, escrito por FEDEAL y con otro capítulo sobre la patología venosa en los medios de comunicación ■

Farmacología

Medicamentos, drogas y tráfico

Coordinador: Mariano Casado

El manual "Medicamentos, drogas y tráfico" recoge las conclusiones y ponencias de los participantes en las jornadas que bajo el mismo título del libro se realizaron con anterioridad en el Colegio de Médicos de Badajoz.

La obra, coordinada por Mariano Casado, presidente de la Comi-

sión Deontológica del Colegio de Médicos de Badajoz y profesor de Medicina Legal de la Universidad de Extremadura, aborda las posibles dudas que puede plantearse al profesional médico ante la modificación de la Ley de Seguridad Vial, que establece la prueba salival como obligatoria en los controles de drogas en los conductores, aunque deja en manos de los facultativos la realización de las pruebas que ellos estimen oportunas en caso de no ser posible efectuar la prueba salival. De esta forma, el libro pretende profundizar en esta materia y establecer un protocolo de actuación que clarifique las decisiones de los médicos cuando se presenta una situación de estas características ■



Neuropsicología

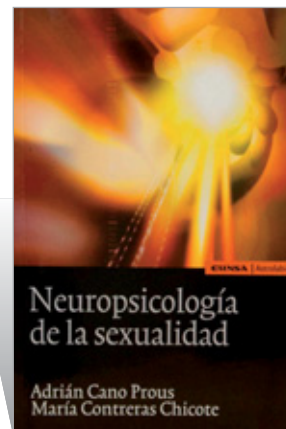
Neuropsicología de la sexualidad. Conceptos para entender mejor la sexualidad

Autores: Adrián Cano Prous y María Contreras Chicote

Partiendo de la pregunta sobre las diferencias entre el cerebro de hombres y mujeres a la hora de entender la sexualidad y expresarla, este texto aborda, desde un punto de vista científico, las diferencias neuropsicológicas y trata de analizar las áreas cerebrales y neuroendocrino cerebrales que desempeñan un papel importante en el desarrollo, diferenciación y conductas sexuales.

A pesar de su enfoque científico y de incorporar referencias bibliográficas, no se trata de un libro escrito solo para especialistas, sino que cualquier persona puede aprender más sobre el papel del juego hormonal cerebral y de los neurotransmisores relacionados con la sexualidad. Por tanto, está dirigido a neuropsicólogos, psicólogos, enfermeras, profesorado que necesite tener claros determinados conceptos para poder explicarlos a su alumnado e, incluso, padres que quieran profundizar en este tema.

El libro está dividido en tres capítulos principales: desarrollo ontológico de la sexualidad; diferenciación sexual del cerebro y neurotransmisores. Además, se completa con un capítulo final dedicado a la hipersexualidad ■



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Veregen 100 mg/g Pomada. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 g de pomada contiene 100 mg de extracto seco refinado de *Camellia sinensis* (L.) O. Kuntze folium (hoja de té verde) (24-56:1), correspondiente a 55-72 mg de (-) epigallocatequina galato. Primer solvente de extracción: agua. **Excipiente(s) con efecto conocido:** 1 g de pomada contiene: 50 mg de Monopalmitoestearato de propilenglicol, 350 mg de Miristato de isopropilo. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección Lista de excipientes. **FORMA FARMACÉUTICA:** Pomada. Pomada suave marrón, libre de partículas arenosas. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Veregen está indicado para el tratamiento cutáneo de verrugas genitales externas y perianales (*Condylomata acuminata*) en pacientes inmunocompetentes a partir de 18 años. **Posología y forma de administración: Posología en adultos:** Veregen debe aplicarse tres veces al día en todas las verrugas de la parte genital externa y perianal hasta un máx. de 250 mg en total por aplicación, correspondientes a unos 0,5 cm de pomada (750 mg dosis diaria total). **Duración del tratamiento:** Se debe continuar el tratamiento con Veregen hasta la completa desaparición de todas las verrugas, no excediendo, sin embargo, de 16 semanas en total, aunque se desarrollen nuevas verrugas durante el periodo de tratamiento. **Población pediátrica:** La seguridad y eficacia de Veregen en niños y adolescentes menores de 18 años no ha sido investigada. No hay datos disponibles. **Personas de edad avanzada:** Se ha tratado con Veregen pomada un número de pacientes ancianos insuficiente para determinar si responden de forma distinta de los sujetos más jóvenes. **Pacientes con insuficiencia hepática:** Los pacientes con disfunción hepática grave (ej. elevación clínicamente relevante de las enzimas hepáticas, aumento de la bilirrubina, aumento del INR) no deberían usar Veregen debido a los insuficientes datos de seguridad (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo y Reacciones adversas). **Forma de administración:** Debe aplicarse una pequeña cantidad de Veregen en cada verruga con los dedos, untando la verruga para asegurar que esté completamente cubierta y dejando una capa fina de pomada sobre las verrugas (máx. 250 mg en total para todas las verrugas/por aplicación). Aplicar solamente en las áreas afectadas; debe evitarse la aplicación dentro de la vagina, uretra o ano. No aplicar en las membranas mucosas. Sólo para uso cutáneo. Si se olvida una dosis, el paciente debe continuar con el régimen normal de tratamiento. Se recomienda lavarse las manos antes y después de la aplicación de Veregen. No es necesario eliminar la pomada del área tratada antes de la siguiente aplicación. Veregen debe eliminarse del área tratada antes de la actividad sexual. Las pacientes que estén utilizando tampones deben colocarse el tampón antes de aplicar Veregen. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección Lista de excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Evitar el contacto con los ojos, fosas nasales, labios y boca. Veregen no debe aplicarse en heridas abiertas, piel lacerada o pie inflamada. No se recomienda el tratamiento con Veregen hasta que la piel este completamente curada después de una operación quirúrgica o de un tratamiento farmacológico previo. Veregen no ha sido evaluado para el tratamiento de verrugas uretrales, intravaginales, cervicales, rectales o intraanales y no se debe usar para el tratamiento de estas afecciones. Las pacientes con verrugas genitales en la región vulvar deben utilizar la pomada con precaución, ya que el tratamiento en esta área se asocia con mayor frecuencia a reacciones locales adversas graves (ver Reacciones adversas). Debe evitarse la aplicación accidental dentro de la vagina. En caso de aplicación accidental dentro de la vagina se debe eliminar inmediatamente la pomada lavando con agua templada y jabón suave. Los pacientes no circuncidados que estén recibiendo tratamiento para verrugas situadas debajo del prepucio deben retraer éste y lavar el área diariamente para prevenir la fimosis. Si aparecen signos tempranos de constricción (p.ej. ulceración, induración, o aumento en la dificultad de retraer el prepucio), debe detenerse el tratamiento. Durante el tratamiento podrían desarrollarse nuevas verrugas. Deben usarse preservativos hasta la completa desaparición de todas las verrugas, ya que Veregen no elimina el virus VPH y no previene la transmisión de la enfermedad. Veregen puede debilitar los preservativos y diafragmas vaginales. Por ello, se debe eliminar la pomada del área en tratamiento antes del uso de preservativos y del contacto sexual. Deben considerarse métodos anticonceptivos adicionales. Si la pareja sexual del paciente resulta infectada, se recomienda el tratamiento de la pareja para prevenir la re-infección del paciente. No exponer el área tratada a la luz solar o a los rayos UV, ya que Veregen no ha sido probado bajo estas condiciones. Se debe evitar el uso de apósitos oclusivos (ver Reacciones adversas). Veregen mancha la ropa y la ropa de cama. Son muy frecuentes las reacciones cutáneas locales leves en el lugar de aplicación tales como eritema, prurito, irritación (en general quemazón), dolor y edema, y no deberían llevar a la interrupción del tratamiento. Estas deberían disminuir después de las primeras semanas de tratamiento (ver Reacciones adversas). Puede estar indicada una interrupción del tratamiento en caso de una reacción cutánea local más intensa que cause un malestar inaceptable o un incremento de la gravedad o asociada a una inflamación de los ganglios linfáticos. El tratamiento con Veregen puede reanudarse cuando la reacción cutánea haya disminuido. En el caso de que se produzca una reacción vesicular local, debe aconsejarse al paciente que consulte a un médico para excluir una posible infección genital por herpes. La eficacia y seguridad en pacientes tratados con medicamentos inmunosupresores no ha sido estudiada. Estos pacientes no deben usar Veregen pomada. No ha sido estudiada la seguridad y eficacia del tratamiento más allá de 16 semanas o para múltiples ciclos de tratamiento. Los pacientes con disfunción hepática grave (ej. elevación clínicamente relevante de las enzimas hepáticas, aumento de la bilirrubina, aumento del INR) no deberían usar Veregen debido a los insuficientes datos de seguridad (ver Reacciones adversas). Veregen contiene monopalmitoestearato de propilenglicol, el cual puede producir irritaciones en la piel, y miristato de isopropilo, el cual puede causar irritación y sensibilización en la piel. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. Se debe evitar el uso simultáneo de otros tratamientos locales en el área de las verrugas (incluido como baños de asiento, aplicaciones tópicas de zinc o vitamina E, etc). Se debe evitar la ingesta concomitante de dosis orales altas de preparaciones de extractos de té verde (complementos alimenticios) (ver Reacciones adversas). **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No existen datos o existe una limitada cantidad de datos sobre la utilización de Veregen en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de Veregen durante el embarazo, aunque la exposición sistémica al galato de epigallocatequina se espera que sea baja tras la aplicación tópica de Veregen. **Lactancia:** Se desconoce si Veregen o sus metabolitos son excretados en la leche humana. No se puede excluir un riesgo para los lactantes. No se prevén efectos en recién nacidos/lactantes ya que se espera que la exposición sistémica al galato de epigallocatequina sea baja tras la aplicación tópica de Veregen. **Fertilidad:** Tras la administración tópica en ratas macho y vaginal en ratas hembra no hay evidencias de efectos sobre la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, es poco probable que Veregen afecte a la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas:** En estudios clínicos pivotales, 400 sujetos fueron expuestos a Veregen Pomada por vía cutánea. (Además, 397 sujetos fueron expuestos a Veregen 15% Pomada). Las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia fueron reacciones cutáneas locales y reacciones en la zona de aplicación del tratamiento de las verrugas. En total, el 83,5% de los pacientes experimentaron tales reacciones adversas. Se observó con mayor frecuencia eritema, prurito, irritación (en general quemazón), dolor, edema, úlcera, induraciones y vesículas. Las reacciones locales fueron de intensidad leve en un 24,8%, de intensidad moderada en un 32,0% (36,3% hombres / 27,1% mujeres); se notificaron reacciones adversas graves en un 26,8% de los pacientes como mínimo una vez durante el tratamiento (20,8% hombres / 33,5% mujeres). El porcentaje de sujetos con al menos una reacción local grave relacionada fue del 26,3% (87/331) en sujetos con verrugas sólo en los genitales, 23,1% (6/26) en sujetos con verrugas anales y 32,6% (14/43) en sujetos con verrugas anales y genitales. Las reacciones cutáneas locales leves están relacionadas con el modo de acción y no deben llevar a la interrupción del tratamiento. Las pacientes con verrugas en la vulva presentaban una mayor incidencia de reacciones locales cutáneas y en la zona de aplicación. Cuatro pacientes femeninas (1%) interrumpieron una vez su tratamiento debido al dolor, anestesia y dermatitis en la zona de aplicación. Una paciente femenina (0,3%) interrumpió su tratamiento con Veregen Pomada debido a una sensación de quemazón perianal, dolor y picor. Se notificó una vulvovaginitis grave en una paciente bajo tratamiento con Veregen Pomada. Se produjo fimosis en un 1,9% (4/212) de los sujetos masculinos no circuncidados. En un estudio de sensibilización dérmica se observó hipersensibilidad en 5/209 sujetos (2,4%). En caso de hipersensibilidad a Veregen el tratamiento debe ser interrumpido. **Tabla 1:** Las reacciones adversas (comunicadas pre y post comercialización) que posiblemente estaban relacionadas con el tratamiento con Veregen se listan según la base de datos de clasificación de órganos del sistema MedDRA. Las frecuencias se definen como muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$) y poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$).

	Muy frecuentes	Frecuentes	Poco frecuentes
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Reacciones locales en la zona de aplicación, tales como eritema, prurito, irritación/quemazón, dolor, úlcera, edema, induración y vesículas	Reacciones locales en la zona de aplicación, tales como exfoliación, supuración, sangrado e hinchazón	Reacciones locales en la zona de aplicación, tales como decoloración, malestar, sequedad, erosión, fisura, hipersensibilidad, anestesia, cicatriz, nódulo, dermatitis, hipersensibilidad, necrosis local, pápulas y eccema
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	-	Linfadenitis/Linfadenopatía inguinal	-
Infecciones e infestaciones	-	-	Infección de la zona de aplicación, pústulas en la zona de aplicación, infección por herpes genital, infección por estafilococos, uretritis, candidiasis vaginal, vulvovaginitis
Trastornos renales y urinarios	-	-	Disuria, urgencia urinaria, polaquiuria
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	-	Fimosis	Balanitis, dispareunia
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	-	-	Erupción y erupción papular

Reacciones adversas que se observaron sólo con la dosificación superior (Veregen 15% pomada). **Poco frecuentes** ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$): Pioderma, vulvitis, estenosis del meato uretral y secreción vaginal. Las reacciones adversas ocurren con una mayor incidencia en condiciones oclusivas (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Transcurso de las reacciones locales en el tiempo:** La intensidad máxima media de las reacciones locales se observó durante las primeras semanas de tratamiento. **Efecto de clase:** Datos en la literatura describen casos de hepatotoxicidad tras la administración oral de altas dosis de extractos de té verde. Estudios clínicos, datos de farmacovigilancia post comercialización y estudios no clínicos con Veregen no revelaron ningún efecto adverso en la función hepática. Sin embargo, para mejorar la seguridad de Veregen, cualquier signo de daño en el hígado durante el tratamiento con Veregen debe ser notificado al titular de la autorización de comercialización. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** No se han notificado casos de sobredosis. En caso de ingestión accidental por vía oral, está indicado tratamiento sintomático. No hay antídoto específico para Veregen. No hay experiencia disponible tras la ingestión oral de este producto. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Vaselina blanca (contiene all-*rac*- α -tocopherol), cera alba, miristato de isopropilo, alcohol oleico, monopalmitoestearato de propilenglicol. **Incompatibilidades:** Este medicamento no debe mezclarse con otros medicamentos. Periodo de validez: 3 años. Después de la apertura, utilizar dentro de las 6 semanas siguientes. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. Naturalaleza y contenido del envase: Tubo de aluminio blanco con tapón de PEAD blanco y orificio sellado. Un tubo contiene 15 g o 30 g de pomada. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo a la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** BIAL Industrial Farmacéutica, S.A. Parque Científico y Tecnológico de Bizkaia, Edificio 401, 48170 Zamudio (Vizcaya) - España. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 71.435 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 8-02-2011. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 06/2014. La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios <http://www.aemps.gob.es>. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** Veregen 100 mg/g Pomada, tubo de 15 g, PVP IVA: 60,18 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Medicamento sujeto a prescripción médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal.

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Levogastrol 25 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Levosulpirida, 25 mg. Excipientes: Lactosa monohidrato, 25 mg. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos. Los comprimidos de Levogastrol 25 mg comprimidos son de color blanco, con la inscripción "25" en una de sus caras. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1** Indicaciones terapéuticas: Está indicado en adultos para el tratamiento de la dispepsia funcional tipo dismotilidad en aquellos pacientes que no respondan a las medidas higiénico-dietéticas. **4.2** Posología y forma de administración: Levosulpirida debe tomarse al menos 20 minutos antes de las comidas. La dosis diaria recomendada en adultos es de 25 mg de levosulpirida 3 veces al día (1 comprimido cada 8 horas), por vía oral. La duración habitual del tratamiento es de 4-8 semanas. La duración del tratamiento puede adecuarse en función del alivio de los síntomas y la remisión del cuadro clínico. No se recomienda realizar el tratamiento de forma permanente. El tratamiento puede reiniciarse cuando reaparezcan los síntomas. Población pediátrica: No debe utilizarse en la población pediátrica. Ancianos: En los pacientes de edad avanzada la posología debe ser establecida por el médico, quien valorará el posible ajuste de dosis en aquellos casos especiales que lo requieran. Insuficiencia renal: No es necesario ajuste de dosis. Insuficiencia hepática: No es necesario ajuste de dosis. **4.3** Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Levosulpirida no debe ser administrado a pacientes con historial conocido de epilepsia, estados maníacos y fase maníaca de pacientes con psicosis maniaco-depresivas. Levosulpirida no debe administrarse cuando la estimulación de la motilidad intestinal esté producida por una hemorragia gastrointestinal, obstrucciones mecánicas o perforaciones. Levosulpirida está contraindicada en pacientes con feocromocitoma debido a que la administración del fármaco puede causar una crisis hipertensiva, probablemente debida a una liberación de catecolaminas. Estas crisis hipertensivas pueden controlarse con fentolamina. Debido a la posible relación entre efecto hiperprolactinémizante, y la aparición de displasia mamaria, levosulpirida no debe administrarse en pacientes con mastopatía maligna. Levosulpirida está contraindicado en caso de embarazo y durante el período de lactancia (ver sección 4.6). **4.4** Advertencias y precauciones especiales de empleo: Levosulpirida debe administrarse con precaución en aquellos pacientes en que un incremento de la motilidad gastrointestinal pueda resultar perjudicial para su correcto tratamiento. Debe evitarse el consumo de alcohol simultáneamente con este fármaco. Este medicamento contiene lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp (insuficiencia observada en ciertas poblaciones de Laponia) o malabsorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **4.5** Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción: Se recomienda especial precaución en caso de administrar levosulpirida junto con fármacos que interieran con el sistema dopaminérgico. Se recomienda que la administración del fármaco se realice antes de las comidas (ver sección 4.2). **4.6** Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo: Levosulpirida está contraindicado en caso de sospecha o confirmación de embarazo (ver sección 4.3). Lactancia: Levosulpirida está contraindicado durante el periodo de lactancia (ver sección 4.3). **4.7** Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria: Levosulpirida actúa sobre el sistema nervioso central y puede producir: somnolencia, mareos, alteraciones visuales y disminución de la capacidad de reacción. Estos efectos así como la propia enfermedad hacen que sea recomendable tener precaución a la hora de conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa, especialmente mientras no se haya establecido la sensibilidad particular de cada paciente al medicamento. **4.8** Reacciones adversas: Las reacciones adversas notificadas de los pacientes con una frecuencia >10% son: trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: ronquera. Trastornos gastrointestinales: dolor abdominal, hipersecreción salival, estreñimiento. Exploraciones complementarias: peso aumentado. Trastornos psiquiátricos: insomnio. Trastornos del oído y del laberinto: vértigo. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: fatiga. Las reacciones adversas notificadas entre el 1% y el 10% son: Trastornos del sistema nervioso: somnolencia, sedación. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: molestia en mama, trastorno menstrual, galactorrea, ginecomastia. Aunque poco frecuentes (< 1/1.000, < 1/100), y por el propio mecanismo de acción antidopaminérgico, puede observarse: Exploraciones complementarias: prolactina elevada en sangre, aunque sus manifestaciones clínicas asociadas (ginecomastia, galactorrea, trastorno menstrual) se manifiestan ocasionalmente. Estos efectos son reversibles tras la reducción de la dosis o la interrupción del tratamiento. **4.9** Sobredosis: Se carece de experiencia clínica en casos de sobredosificación. Sin embargo, basándonos en los datos de estudios en animales, los síntomas esperados reflejarán una exageración de las acciones farmacológicas conocidas del fármaco. Los síntomas que pueden ocurrir son: somnolencia y posibles trastornos extrapiramidales tales como discinesia. En estos casos se recomienda instaurar medidas de soporte adecuadas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS.** **5.1** Lista de excipientes. Carboximetilalmidón sódico tipo A (almidón de patata sin gluten), lactosa monohidrato, celulosa microcristalina, estearato de magnesio. **5.2** Incompatibilidades. No se han descrito. **5.3** Período de validez. 4 años. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios SALVAT, S.A. · Gall, 30-36 · 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). **7. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Número de registro: 63.715. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Primera autorización: 7 de Marzo 2001. Renovación de la autorización: Diciembre 2011. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Septiembre 2011. **10. PRESENTACIONES Y PRECIOS.** Levogastrol 25 mg 30 comprimidos; CN: 791061.9; PVL: 3,72 €; PVP s/IVA: 5,58 €; PVP IVA: 5,81 €; Levogastrol 25 mg 60 comprimidos; CN: 791996.4; PVL: 7,44 €; PVP s/IVA: 11,17 €; PVP IVA: 11,61 €. Con receta médica. Financiado por el SNS. Aportación normal.

Spiraxin®

(rifaximina-α)

Aterina®

Sulodexida

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: SPIRAXIN comprimidos recubiertos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Por comprimido: Rifaximina, 200 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. **DATOS CLÍNICOS:** Indicaciones terapéuticas: SPIRAXIN, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. **Posología y forma de administración:** SPIRAXIN, Rifaximina, se administra por vía oral. La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. En pacientes pediátricos: La seguridad y eficacia de Rifaximina no ha sido establecida en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. SPIRAXIN comprimidos recubiertos no requiere instrucciones especiales de uso. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Rifaximina, sus derivados o a cualquiera de los excipientes. Obstrucción intestinal, aunque sea parcial, y lesiones ulcerativas graves intestinales. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Durante tratamientos prolongados a dosis elevadas, o en casos de lesión intestinal, podría producirse una ligera absorción del producto (aunque en general menos del 1%) y al eliminarse dar lugar a una coloración rojiza de la orina, hecho que carece de importancia relevante. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Dado que la Rifaximina se absorbe en un porcentaje inferior al 1% en el tracto gastrointestinal, puede descartarse cualquier tipo de interacción farmacológica a nivel sistémico. Estudios clínicos de interacción farmacocinética de Rifaximina con fármacos metabolizados por isoenzimas del grupo del citocromo P450 han demostrado que Rifaximina no altera el comportamiento farmacocinético de Midazolam o de un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol y norgestimato. Por tanto, se observa que no se producen interacciones clínicas con los fármacos metabolizados por estos isoenzimas. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: Aunque no se ha evidenciado su acción teratogénica, se recomienda la administración del producto durante el embarazo con precaución y bajo control directo del médico. Lactancia: Ya que numerosos fármacos se excretan por esta vía, la Rifaximina deberá administrarse con precaución durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SPIRAXIN no produce interferencia alguna sobre la conducción y/o sobre el uso de maquinaria. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas, consideradas al menos, posiblemente relacionadas con Rifaximina, han sido clasificadas por sistema de órganos y por frecuencia: Muy frecuentes (≥20%), Frecuentes (de ≥1% a <10%), Poco frecuentes (de ≥0,1% a <1%), Raras (de ≥0,01% a <0,1%), Muy raras, incluyendo casos aislados (≤0,01%). **Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos o estudios de farmacología clínica, los efectos de Rifaximina han sido comparados con placebo y otros antibióticos, de los cuales existe información disponible sobre su seguridad. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Exploraciones complementarias:** Poco frecuentes: Aumento de la presión sanguínea, sangre en la orina. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Disgeusia, hipostesia, migraña. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor faringolaringal. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, disdoreas de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Clicosuria, poluria, polaquiuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotosensibilidad. **Trastornos musculoesquelético y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Anorexia. **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, dolor, dolor torácico, malestar en el pecho, edema periférico, sintomatología similar a la de una gripe. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales. **Experiencia post-marketing:** Desde la introducción del producto en el mercado han sido reportadas, aunque muy raramente, una serie de reacciones adversas: diarrea, dolor abdominal, ardor esofágico, náuseas, edema periférico, edema en cara, edema en laringe, neutropenia, síncope, hipersensibilidad, agitación, cefalea, edema angioneurótico, purpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash eritematoso, rash morbiliforme, urticaria local o generalizada. **Sobredosis:** No se han comunicado casos de sobredosis con Rifaximina. En estudios clínicos con dosis muy superiores a las recomendadas (superiores a 1.200mg/día), los efectos adversos comunicados han sido similares a los producidos con la dosis recomendada y con el placebo. Por tanto, en caso de sobredosis, solo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpiridol (1'2'-1,2) imidazo (5,4-c) Rifaximina SV] en su forma polimórfica alfa (α). **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antiinfecciosos intestinales antibióticos. Código ATC: A07AA11. La Rifaximina es una molécula antibiótica bactericida, con un amplio espectro de acción sobre bacterias Gram-positivas y Gram-negativas, tanto aerobias como anaerobias. La característica de Rifaximina es su forma polimórfica alfa (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorecen la concentración del fármaco en la luz intestinal y, sobre todo, en las heces en forma activa. La elevada concentración de la Rifaximina en el tracto gastrointestinal da lugar a una eficaz actividad antibacteriana que erradica las posibles especies patógenas presentes, con lo que se normaliza la función intestinal y se eliminan los síntomas que aparecen cuando ésta se altera. La Rifaximina es un antibiótico óptimamente tolerado, ya que su nula absorción a nivel gastrointestinal elimina el riesgo de aparición de posibles efectos secundarios. **Uso pediátrico:** La eficacia, posología y seguridad de rifaximina en pacientes pediátricos menores de 12 años de edad no han sido establecidas. En la revisión de la literatura se identificaron 9 estudios de eficacia en la población pediátrica que incluyen a 371 niños, 233 de los cuales habían recibido rifaximina. La gran mayoría de los niños inscritos eran mayores de 2 años de edad. La característica que estaba presente en todos los estudios era la diarrea de origen bacteriano (demostrada antes, durante o después del tratamiento). Los datos (de los estudios en sí y de un meta-análisis) demuestran que existe una tendencia positiva para demostrar la eficacia de rifaximina en condiciones especiales (diarreas agudas (principalmente recurrentes o recidivantes), que se sabe o se supone que son causadas por bacterias no invasivas sensibles a rifaximina tales como Escherichia coli). La dosis más utilizada en niños de 2 hasta 12 años en estos estudios, limitados con pocos pacientes, estuvo en el rango de 20-30 mg/kg/día en 2 a 4 administraciones (ver sección posología y forma de administración). **Propiedades farmacocinéticas:** La Rifaximina tiene una absorción escasa en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%) cuando se administra por vía oral, tal y como muestran los estudios farmacocinéticos realizados con el fármaco. La farmacocinética de 400 mg de Rifaximina, en una única administración oral en sujetos adultos en ayunas, se caracterizó por un valor medio de C_{max} no superior a 5ng/ml y de AUC no superior a 15 ng·h/ml. La precisión en la determinación de los valores es posible a través del uso de métodos analíticos altamente sensibles que permiten la determinación de los niveles plasmáticos de Rifaximina con una sensibilidad de 0,5 ng/ml. La excreción urinaria de Rifaximina en hombres después de la administración por vía oral no supera el 0,4% de la dosis administrada. Estudios comparativos de farmacocinética han demostrado que formas polimórficas de Rifaximina diferentes a la forma α poseen una absorción notablemente mayor. **Datos preclínicos sobre seguridad:** Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de farmacología de seguridad, toxicidad a dosis repetidas, genotoxicidad, potencial carcinogénico, toxicidad para la reproducción. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Lista de excipientes: Carboximetilalmidón sódico (almidón de patata), Disteartato de glicerol, Licofolcolida anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edeato de disodio, Propilenglicol, Rojo óxido de hierro (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Instrucciones especiales de eliminación:** La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALFA WASSERMAN, S.p.A. Via Enrico Fermi, 1 65020 - Alanno, Pescara (Italia). **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP/iva:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2011.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS:** Indicaciones terapéuticas: Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (cuatro cápsulas al día en total) durante 3 meses. **Población pediátrica:** ATERINA no está recomendada para su uso en niños y adolescentes menores de 18 años de edad debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** Embarazo: No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. Lactancia: Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante la lactancia. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). En la siguiente tabla se muestran las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. **Poco frecuentes:** Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melena, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. **Poco frecuentes:** Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** **Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** **Frecuencia no conocida:** Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** **Frecuencia no conocida:** Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** **Frecuencia no conocida:** Asma. **Trastornos renales y urinarios:** **Frecuencia no conocida:** Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** **Frecuencia no conocida:** Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS:** Lista de excipientes: *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BAMA-GEVE, S.L.U. Avda. Diagonal, 490-08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP/iva:** 16,84 €. **Con receta médica.** **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2015.

BAMA — GEVE

Imagen en segunda de cubierta

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es

BAMA — GEVE

Imagen en contraportada

www.bamageve.es

REPORTAJE

Medio siglo legislando para asegurar la mejor salud a los europeos



2015 marca los cincuenta años de progreso en el esfuerzo por asegurar productos medicinales beneficiosos para los europeos. Este año se cumple el 50 aniversario de la introducción de la primera legislación de la UE sobre medicamentos de uso humano. Desde entonces, esta normativa ha ido sufriendo una gran transformación en el campo farmacéutico con el objetivo esencial de salvaguardar la salud pública.

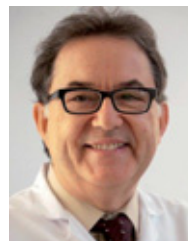
FORO DE EXPERTOS | ENTREVISTAS

TRIBUNAS

Francisco de Asís Babín

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
"30 años del Plan Nacional sobre Drogas"

Manel Santiñá



Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Serafín Romero

Vicepresidente de la Organización Médica Colegial
"La Validación Periódica de la Colegiación (VPC): Obligación y responsabilidad"

Antonio Fernández-Pro

Presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



Roger Hostalot

Business development manager de Palex Medical:
"Higiene de la manos, cómo evitar la transmisión de infecciones"

REPORTAJES



Los nuevos productos sanitarios



Radiografía a la Cirugía Plástica en España



Gracias a pacientes y a investigadores

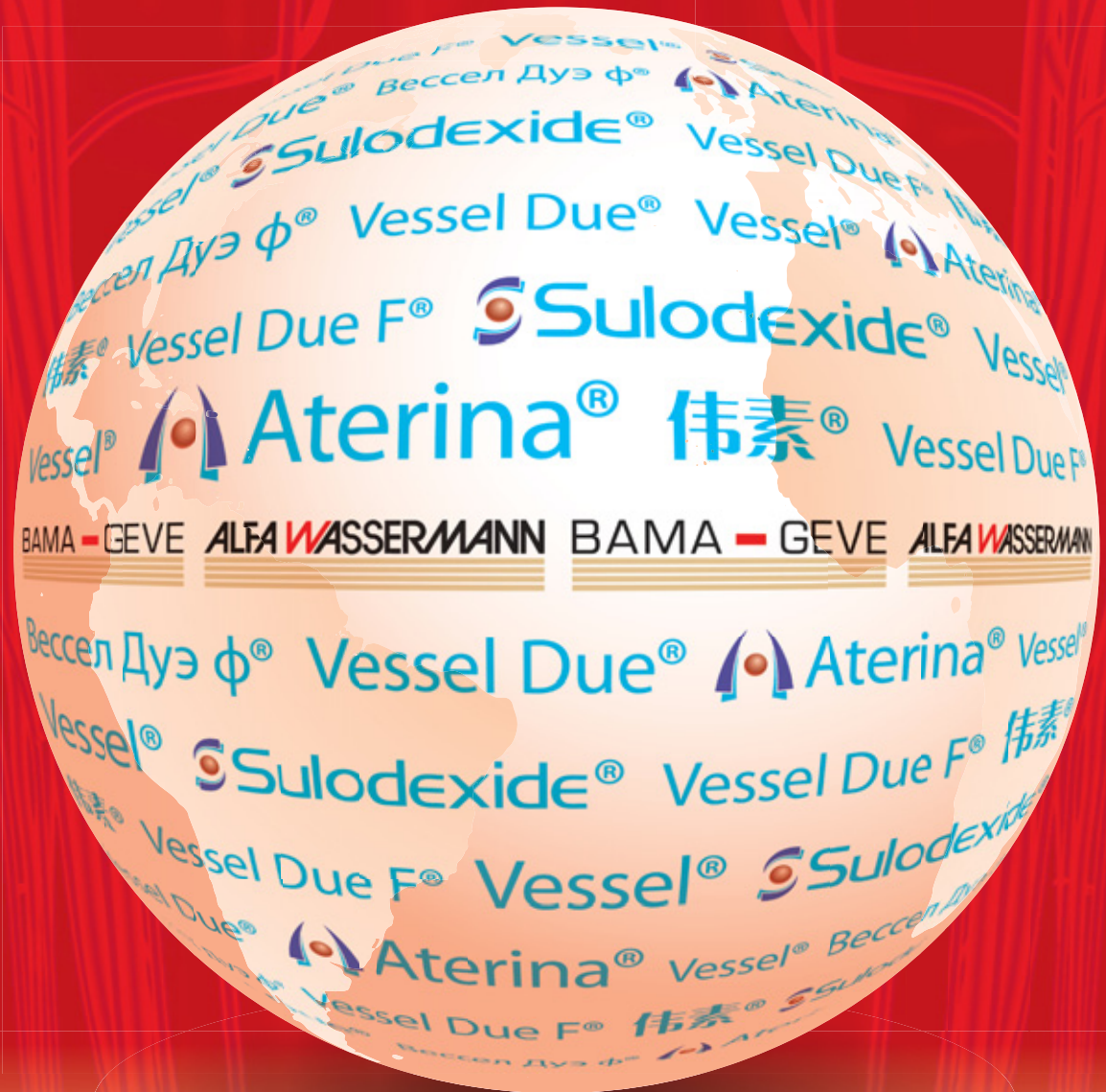
En los últimos 5 años, más de 300 investigadores, y más de 3.400 pacientes, en 30 estudios diferentes, nos han ayudado a mejorar la vida de las personas.

“Investigando desde hace más de 30 años en el área de Respiratorio en España”


Equipo Respiratorio de GSK España




Aterina® Sulodexida



SULODEXIDA, la ÚNICA indicada en el TRATAMIENTO de la Insuficiencia Venosa Crónica

 **Aterina®** protege y restaura el endotelio vascular y mejora el flujo sanguíneo.

 **Aterina®** presenta un alto perfil de seguridad y una muy buena tolerabilidad.



BAMA - GEVE

Ficha Técnica en pág.81

Avda. Diagonal, 490, 4º - 08006 Barcelona - www.bamageve.es - e-mail: laboratorio@bamageve.es - Tel. 93 415 48 22 - Fax 93 415 37 92