

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD | Nº 1176. Octubre 2016

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



Formación médica, pautas para superar la desmotivación

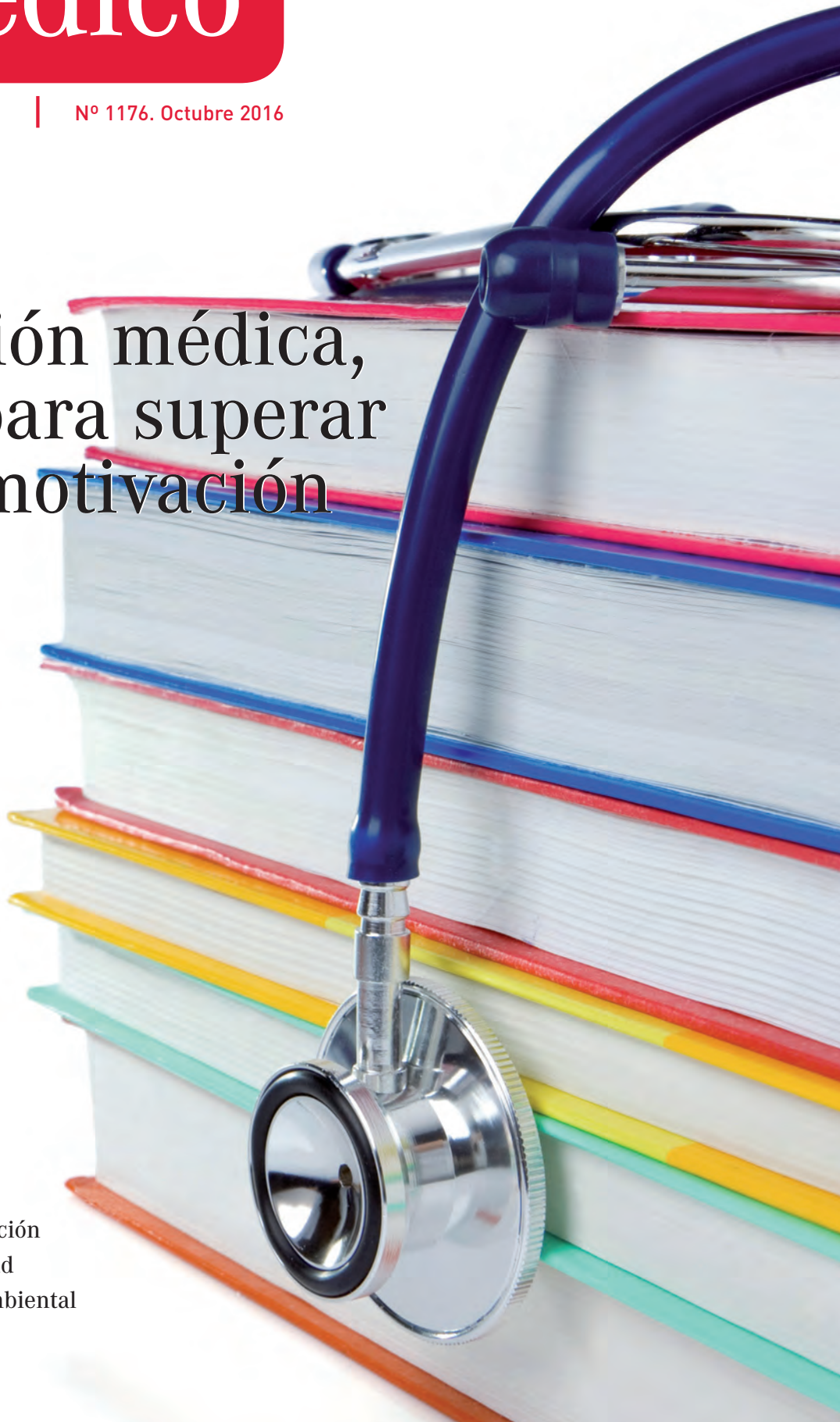
Entrevistas

Salvador Tranche
Presidente de semFYC

Modoaldo Garrido
Vicepresidente de SEDISA

Foro de Expertos

Coste efectividad de
las tecnologías sanitarias
Los médicos ante la jubilación
Las fundaciones de la salud
Estrategias de Sanidad Ambiental



Spiraxin[®]

(rifaximina- α)

656645.9.0

SPIRAXIN[®] 200 mg
COMPRIMIDOS RECUBIERTOS Vía oral
RIFAXIMINA
12 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS

Financiado por el SNS

Eficacia intestinal asegurada

BAMA — GEVE

www.bamageve.es

Ficha Técnica en pág. 81

EN PORTADA

Formación médica, pautas para superar la desmotivación



Al hablar de formación médica, los expertos observan cierto “desinterés” tanto en las universidades respecto a todos los aspectos relacionados con la clínica, como por parte de los hospitales, que en muchas ocasiones eligen a los tutores “por exclusión”, porque nadie quiere serlo ya que supone una carga extra de trabajo.

26

FORO DE EXPERTOS



**Beatriz
González
López-
Valcárcel**

Presidenta de la
Sociedad Española
de Salud Pública y
Administración
Sanitaria (SESPAS)

8



**María Jesús
Hidalgo
Valverde**

Centro de Estudios
SIMEG de Granada

12

**Honorio-
Carlos
Bando
Casado**

Profesor honorario
de la Facultad de
Medicina de la
Universidad
Autónoma de
Madrid

18



**José Mª
Ordóñez
Iriarte**

Sociedad Española
de Sanidad
Ambiental (SESA)

20



ENTREVISTA

**Salvador
Tranche**

Presidente de la
Sociedad Española
de Medicina
Familiar y
Comunitaria

32



FACME/ENTREVISTA

Francisco A. Bernabéu Andreu

Vocal de la Sociedad Española de Bioquímica
Clínica y Patología Molecular

52



SUMARIO

REPORTAJES



El Big Data Sanitario: una herramienta (aún) desconocida
38

OTROS TEMAS

Reportaje 58
Fue noticia 68
Instantánea médica 72
Actualizaciones EL MÉDICO 78
Sala de Lectura 82

Fe de errores

En el coloquio de EL MÉDICO "Herramientas para afrontar el reto de la diabetes", publicado en la edición impresa del mes pasado (septiembre, número 1175), en la página 44 donde se dice "La realización de un registro de diabetes y el análisis de los resultados es una de las asignaturas pendientes del sistema sanitario español" debe decir "Registrar todos los datos necesarios para el análisis de los resultados en diabetes es una asignatura pendiente en la que se está trabajando". Además, donde se dice: "Las CC.AA., coordinadas por la Subdirección de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, están poniendo en marcha un sistema de información de Atención Primaria Centralizada. Tenemos datos de 2013, pero todavía no tenemos recursos para cargar los datos de 2014. La armonización es difícil, ha resumido Casado" debe decir: "Las CC.AA., coordinadas por el Ministerio de Sanidad, están poniendo en marcha un sistema de información clínica de Atención Primaria en SNS. Tenemos datos de 2013, y se están cargando los datos de 2014. La armonización es difícil, ha resumido Casado".

GESTIÓN EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Entrevista a Modoaldo Garrido

Vicepresidente de SEDISA y director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de Madrid

46



PUBLICACIONES



Grupo SANED renueva la imagen de sus cabeceras online
66

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 y Ester Crespo

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Secretaría de Redacción: Mar Pérez

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

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

Corresponsales colaboradores: Paco Romero, Iñaki Alonso, Ángeles Huerta, Anna Borau, Javier Granda, Antonio Pais, Jorge Sánchez, Mónica de Haro, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Nekane Lauzurika.
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: 10 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.
DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

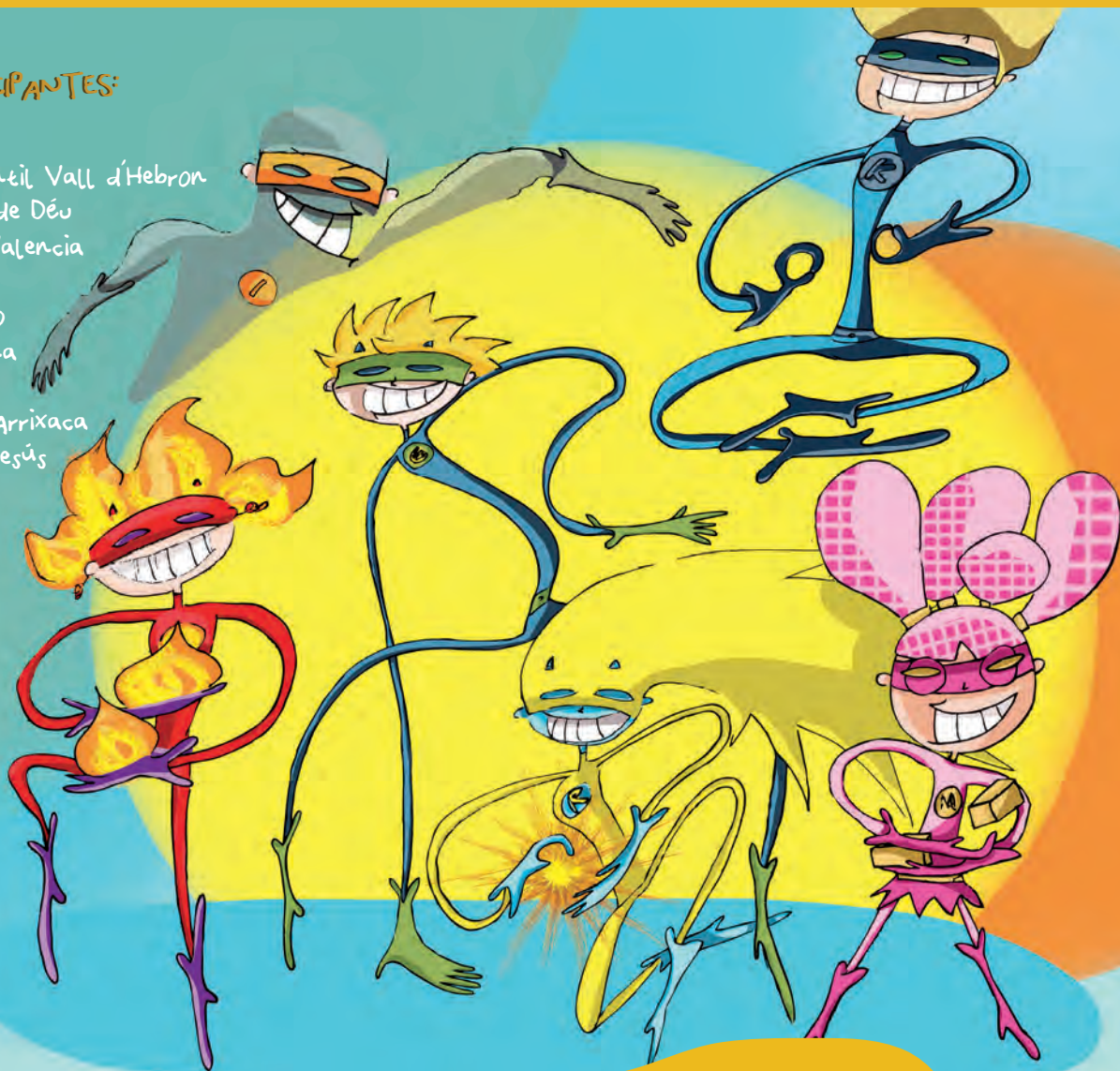
© Copyright 2016. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, 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.

TU EMPRESA PUEDE DAR PODERES MÁGICOS A LOS NIÑOS/AS EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Más de 1.000 niños ya tienen sus poderes, pero aún hay muchos que no...

HOSPITALES PARTICIPANTES:

H.U. La Paz
H.C.U. Materno infantil Vall d'Hebron
Hospital Sant Joan de Déu
Hospital Clínico de Valencia
H.U. La Fe
H.U. Virgen del Rocío
H.U. Virgen Macarena
H.U. Reina Sofía
H.C.U. Virgen de La Arrixaca
H.U. Infantil Niño Jesús
H.U. Cruces
H.U. Basurto
H.U. Donostia
H.U. de Albacete
H.R.U. de Málaga



Poción de HÉROES

Queremos llegar a muchos más. ¿Nos ayudas?



www.pocion-deheroes.com

A close-up photograph of a stack of white papers. Two pens are resting on the papers. The pen in the foreground is a gold and silver ballpoint pen, with its tip pointing towards the left. The pen behind it is also gold and silver. The text 'La mirad' is overlaid on the right side of the image.

La mirad

a maestra de la actualidad



Beatriz
González López-
Valcárcel



María Jesús
Hidalgo Valverde



Honorio-Carlos
Bando Casado



José Mª
Ordóñez Iriarte



Umbrales, valores y el coste-efectividad de las tecnologías sanitarias en España

Autor | Beatriz González López-Valcárcel. Presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Universidad de Las Palmas de GC

En contextos de restricciones económico-presupuestarias y dada la presión al alza de los costes de nuevas tecnologías médicas, la evaluación económica se convierte en herramienta esencial para ayudar a los decisores públicos en el proceso de incorporación de tecnologías. Previene contra la improvisación y la arbitrariedad, contrarresta la indebida influencia de grupos de interés, impulsa la cultura de priorización y aporta objetividad y legitimidad a las políticas públicas.

Cada vez más países utilizan los análisis de coste-efectividad y/o coste-utilidad para decidir la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y las condiciones de reembolso, y para negociar sus precios con la industria. La legislación española menciona recurrentemente el uso de la evaluación económica desde 2011 (RDL9/2011, artículo 89; RDL16/2012, artículo 89bis). Sin embargo, paradójicamente España pertenece todavía al grupo minoritario de los países de la Unión Europea que no impone la llamada cuarta barrera. Esta consiste en que para que un nuevo medicamento o tecnología se incluya en la cobertura pública ha de superar, además de las tres barreras o condiciones tradicionales –eficacia, seguridad, calidad– una cuarta de coste-efectividad.

En el fondo, estamos hablando de valores. Para la sociedad actual, el despilfarro es éticamente deplorable y la eficiencia (el coste-efectividad) es un valor consensuado. Si se puede conseguir curar a un paciente por 1000€, que el sistema público pague 1500€ no sólo es ineficiente, tam-



Beatriz González López-Valcárcel

bién es inmoral porque se pierde la posibilidad de gastar los 500€ sobrantes en ganar salud con otro programa.

Para evaluar una nueva tecnología (digamos un nuevo fármaco), el análisis de coste-efectividad lo compara con el tratamiento estandar, calculando un número llamado Ratio de Coste Efectividad Incremental (RCEI). Ese número es la quintaesencia económica del nuevo fármaco. Nos dice cuánto más cuesta ganar una unidad de salud (por ejemplo, un año de vida ajustado por calidad, AVAC) con el nuevo tratamiento, comparado con el que se viene utilizando en la práctica clínica habitual.

Para completar el proceso necesitamos definir un umbral para la RCEI, es decir, cuál

es la cantidad máxima de dinero que el país (la sociedad) estaría dispuesto a pagar por ganar una unidad de salud (un AVAC), y comparar la RCEI del medicamento que se está evaluando con el umbral. Si la RCEI del nuevo fármaco es inferior al umbral, se concluiría que el nuevo tratamiento es coste-efectivo, ha superado la cuarta barrera. En principio, se recomendaría incorporarlo a la cobertura pública.

Así planteado parece sencillo. Y lo es. Pero tiene dobles vueltas, segundas derivadas. Y es que las decisiones no deben basarse únicamente en el coste efectividad, que es uno de los valores sociales a considerar, pero no el único. También están la equidad, la mayor consideración social de determinados colectivos, la valo-

MEDICA®

14 - 17 NOVEMBER 2016

DÜSSELDORF GERMANY



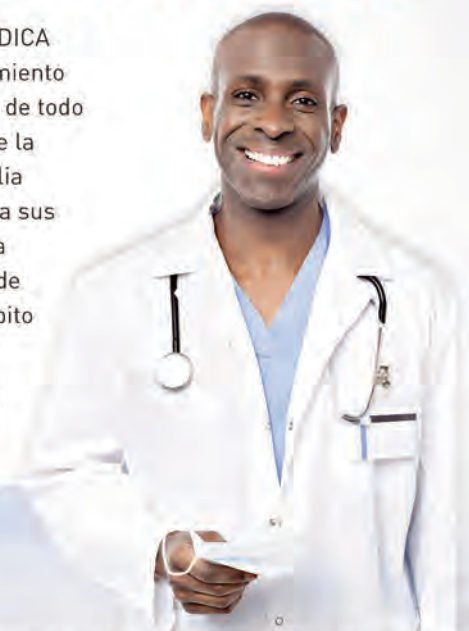
www.medica-tradefair.com

Online
registration
is required

WORLD FORUM FOR MEDICINE

Cada año en noviembre, MEDICA se convierte en un acontecimiento sobresaliente para expertos de todo el mundo. El foro mundial de la medicina presenta una amplia oferta de productos gracias a sus 5.000 expositores. ¡Únanse a MEDICA y a la especialidad de su oferta, también en el ámbito de sus ofertas!

BE PART OF IT!



El MEDICA EDUCATION CONFERENCE muestra los vínculos entre ciencia y tecnología médica
www.medica.de/MEC2



Foro de diálogos entre expertos de alto nivel del sector médico
www.medica.de/MEF2



En el MEDICA TECH FORUM van de la mano temas relevantes del sector político, científico y técnico
www.medica.de/MTF2



En el MEDICA WOUND FORUM podrá informarse sobre las claves importantes del tratamiento de heridas
www.medica.de/MWCF2



Portal profesional "T5" del ámbito médico
www.medica.de/MCF2

ración extra de la salud ganada a quien tiene una enfermedad rara, o cáncer, o a quien la Medicina consigue arrancar de las garras de la muerte (regla de rescate).

La ventaja de tener un umbral es que las reglas del juego son más claras y las decisiones más transparentes y objetivas. En los países amenazados por la judicialización de la Sanidad -muchos pacientes recurren al juez, que en definitiva es quien termina asignando los recursos públicos, obligando al estado a dar determinados tratamientos a determinados pacientes-, el umbral resguarda contra esa inclemencia.

La llamada cuarta barrera consiste en que para que un nuevo medicamento o tecnología se incluya en la cobertura pública ha de superar, además de las tres barreras tradicionales -eficacia, seguridad, calidad-, una cuarta de coste-efectividad

También tiene inconvenientes, el más serio es el riesgo de que todos los nuevos tratamientos terminen situándose justamente sobre el umbral, es decir, con precios tales que la RCEI iguale el umbral. En muchos casos, esos precios son superiores a los que la industria estaría dispuesta a aceptar, y por tanto la sociedad y el sistema de salud pierden recursos, mientras que la industria se termina apropiando de esas rentas que potencialmente el sistema hubiera podido ahorrar.

Otra cuestión es si debería haber un único umbral en cada país o bien un intervalo. En este caso, si la nueva tecnología tiene una RCEI menor que el límite inferior del intervalo, entraría sin grandes



cuestionamientos. Si está por encima del límite superior, quedaría fuera del sistema público de salud. Si está entre ambos valores, se considerarían otras características como el grado de innovación, que el laboratorio cree empleo en España o que la enfermedad que combate tenga mayor incidencia en grupos vulnerables. La OMS sugiere un planteamiento de este tipo: que el umbral se defina entre una y tres veces el PIB per cápita del país.

Hay partidarios de umbrales específicos para grupos de pacientes, de enfermedades o para tratamientos especiales. Proponen que el umbral sea mayor para las enfermedades raras, para tratamientos al final de la vida, para los oncológicos. Estas propuestas no son una cuestión técnica, sino que han de reflejar los valores sociales. Porque el umbral es una cuestión de valores.

Esto nos lleva a una última pregunta, ¿cómo se puede calcular el umbral? Pues bien, hay dos alternativas, la primera es fáctica; intenta hacer inferencia a partir de los hechos consumados: mide la RCEI de las tecnologías que han entrado y de

las que no han entrado en la cobertura pública, por ejemplo en los últimos años, e infiere cual ha sido el umbral implícito compatible o coherente con esas decisiones. Naturalmente, es más sencillo calcularlo para países con cuarta barrera, pero así todo se ha intentado también en España. En un artículo publicado en 2002 ("¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España?) los autores calculaban un umbral fáctico de 30.000€. Y ese número ha permeado la literatura de la economía de la salud en los últimos catorce años, de modo que hoy en día hay quien lo toma como un dogma o verdad incuestionable. Sin ajustar por inflación ni por ciclo económico. Sin matices. Puesto que el PIB per cápita es aproximadamente 23.000€, equivale a 1.3 veces el PIB per cápita español. Pero en 2000, año al que se refieren los cálculos del artículo, equivalía a casi dos veces el PIB per cápita del país.

Otro enfoque para calcular el umbral es normativo, es decir, intenta proponer un valor de consenso social, calculado bien con una aproximación de oferta o desde una de demanda.

La aproximación de oferta calcula a cuánto estamos produciendo AVACs en el sistema nacional de salud español, en promedio. Este enfoque tiene en cuenta implícitamente las restricciones presupuestarias. Imaginemos que el presupuesto es fijo, y que hay una nueva tecnología a las puertas del sistema esperando entrar. Para ello, otra tiene que salir. La idea es que la inversión en la nueva tecnología debería compensar en salud ganada a la que se pierde con la desinversión en la tecnología a la que desplaza. Es decir, la RCEI de la que entra debe ser menor que la que sale. Se calcula mediante modelos econométricos que relacionan resultados de salud y coste del sistema sanitario.

Si la aproximación de oferta es adecuada para decidir inversiones y desinversiones en contexto de presupuesto fijo, la de demanda serviría para decidir en qué vale la pena invertir los recursos adicionales del sistema. El enfoque de demanda calcula el umbral como el valor que la sociedad otorga a un AVAC, es decir, cuanto está la sociedad dispuesta a pagar por ganar un año de vida ajustado por calidad. Se calcula mediante encuestas a la población, utilizando herramientas especializadas para estimar evitando sesgos.

Hasta ahora, no se tenía ninguna aproximación cuantitativa al valor del umbral normativo para España. Afortunadamente, el Ministerio de Sanidad encargó el cálculo a un equipo encabezado por la Dra. Laura Vallejo. Ya está terminado, y publicado, mediante la aproximación de oferta, y los cálculos desde el enfoque de demanda están en marcha. El umbral de oferta calculado es de unos 22.000€, es decir, en promedio en España el sistema nacional de salud produce o gana años de vida equivalentes en perfecta salud a un coste de producción de 22.000€.

No es un número mágico, pero es una buena pista, una cota para tomar decisiones razonables de asignación de recursos públicos ■



Elaboramos formación a medida

Escoge los ingredientes

Gestión Clínica

Farmacia

Programa Avanzado

Alto rendimiento

Comunicación

Médicos

Gestores

Web 2.0

Programa Superior

Enfermería

EQUIPO

Taller

CONFLICTOS

Máster

Farmacoeconomía

Presencial

Online

IMPRESO

Liderazgo

Tiempo



Los médicos ante la jubilación ¿Qué ha ocurrido?

Autor | María Jesús Hidalgo Valverde. Centro de Estudios SIMEG de Granada

Cuando en 2003 se publicó el Estatuto Marco que obligaba a los médicos a jubilarse al llegar a los 65 años se produjo un gran revuelo y fueron muchos los médicos que solicitaron voluntariamente prolongar su vida laboral activa, incluso llevando el tema ante los tribunales de justicia. “No querían jubilarse”. Sin embargo, en los últimos años vivimos la situación contraria, por desgracia, cada día es más frecuente escuchar: ¿Cuándo me puedo jubilar?, ¡No aguanto más! Quizás algún día, autoridades sanitarias, ciudadanos y profesionales lamentemos no haber prestado mayor atención a este detalle.

La situación de la jubilación de los médicos nos ha llevado a reflexionar sobre este asunto. ¿Qué ha ocurrido a los médicos? Sin duda la crisis económico financiera que ha azotado y sigue haciéndolo a todo el país tiene mucho que ver con esto, pero cabe preguntarse ¿es esta la única causa? Creemos que no.

Peculiaridades del sector

El trabajo de los facultativos sanitarios presenta peculiaridades o diferencias respecto a otros trabajos que es preciso destacar y considerar.

Estas diferencias abarcan distintos aspectos y están presentes a lo largo de toda la vida profesional afectando a áreas tan diversas como la formación o la forma de prestación del servicio (jornada ordinaria más jornada complementaria (guardias)).

Llegar a ser médico significa recorrer un largo camino formativo. En primer lugar

La sociedad exige al médico, a lo largo de toda su vida profesional, jornadas laborales muy superiores a las exigidas en cualquier otra profesión dentro del sector público



María Jesús Hidalgo Valverde

precisa obtener una buena nota, fundamental para acceder a los estudios de Medicina, y a continuación una exigencia de 360 créditos ECTS (European Credit Transfer System) a desarrollar en seis años, que significa un 30 por ciento más de carga académica que la mayoría de las titulaciones universitarias; pero

a diferencia de los demás universitarios, los egresados de las facultades de Medicina aún tienen que superar, previo examen de acceso, un intenso periodo de

instrucción teórico-práctico que es la formación especializada mediante el conocido sistema de Médico Interno Residente (MIR). Un periodo de tiempo que les ocupará y les obligará durante 4 ó 5 años más a desarrollar, además de una intensa actividad intelectual (sesiones clínicas, publicaciones, etc), una jornada laboral especialmente penosa debido a las muchas guardias que le son exigidas. Ya en este periodo son múltiples los estudios y las evidencias que apuntan a una patología específica derivada de esta exigente actividad, que va en aumento.

Tras más de una década de intensa y competitiva dedicación formativa, próximo a los 30 años, el nuevo médico puede presentarse en sociedad como un profe-

sional reconocido y legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

El proceso formativo de un médico es una obligación legal y deontológica que se extiende a lo largo de toda su vida laboral y abarca tres etapas, la licenciatura, la especialización postgrado y la formación continuada de actualización profesional y de carácter periódico y duración ilimitada, durante toda la vida laboral y, generalmente, no reconocida ni retribuida.

Un esfuerzo excesivo mantenido en el tiempo termina generando una fatiga crónica

El sobreesfuerzo formativo no será el único exigido a estos profesionales, ya que a lo largo de toda la vida profesional se le exigirá también un gran esfuerzo en relación con el número de horas trabajadas en comparación con el resto de los funcionarios públicos.

Cuando ya han conseguido el título de especialista, con suerte, consiguen un trabajo precario por periodos cortos o un tra-

bajo a tiempo parcial. Sin embargo, el hecho de trabajar a tiempo parcial o periodos cortos no supone menor número

de horas trabajadas, muy al contrario, generalmente, supone pocos días de cotización pero muchas horas de trabajo. Es decir, que si medimos el tiempo trabajado en horas, en lugar de hacerlo en días en relación a cada periodo anual, comprobaríamos que el médico, incluso el que está a tiempo parcial, supera a muchos trabajadores que están a jornada completa, ya que el total de horas trabajadas en el caso del médico incluye la realización de jornada ordinaria a tiempo parcial más el tiempo dedicado a las guardias o jornada complementaria correspondiente.

La sociedad exige al médico, a lo largo de toda su vida profesional, jornadas laborales muy superiores a las exigidas en cual-

Según una publicación de Wallace en Lancet (2009), la salud de los profesionales sanitarios repercute directamente en la calidad del servicio e indirectamente en la salud de la población atendida, y, por tanto, plantea que sea incluida como indicador de calidad del sistema sanitario

quier otra profesión dentro del sector público. Aunque existen algunas diferencias en cuanto a la jornada laboral de unos a otros servicios de salud, en general, podemos decir que desde la entrada en vigor del Estatuto Marco en 2003, los facultativos del SNS de nuestro país realizan un promedio de 48 horas semanales de trabajo, un

total 2.304 horas anuales de carga de trabajo efectiva.

La jornada anual del médico se distribuye, por término medio, aproximadamente en unos dos tercios en jornada ordinaria, como cualquier otro trabajador del siste-





ma público de salud, y el resto, denominado jornada complementaria, obedece a la obligación legal del médico a realizar más horas, aproximadamente un tercio de horas/anuales más de trabajo efectivo, correspondiente a las guardias. Este exceso de jornada tiene que realizarse obviamente fuera de la jornada ordinaria, llevándose a cabo por tanto mayoritariamente en horas nocturnas (63 por ciento) y en días festivos, sábados y domingos (36 por ciento). Esta jornada en su mayor parte

está ocupada por funciones casi exclusivamente asistenciales. No disponiendo de tiempo durante su jornada para dedicar a otras actividades como la formación, por lo que la mayoría, por no decir todos los profesionales, la hacen en su tiempo libre, suponiendo de facto un incremento de jornada no reconocido ni retribuido.

Durante su vida laboral, los médicos están expuestos a múltiples riesgos para su salud, incluyendo, físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, siendo estos últimos los que han demostrado cobrar mayor importancia cada día en el contexto laboral actual.

Trabajo a turnos y nocturno

Aunque se sabe que el trabajo a turnos y nocturno es perjudicial para la salud, en algunos ámbitos, como la asistencia sanitaria, resulta imprescindible. Cuando la situación de turnicidad es irrenunciable para la organización del trabajo, se suele proteger la salud de los trabajadores con la implantación de turnos de descanso adicionales. Sin embargo, en el caso de la Sanidad, esta medida se aplica a casi todas las categorías profesionales, pero no al médico, que debido a la organización de su trabajo en guardias termina re-

alizando unas jornadas laborales anuales que rebasan las 2.300 horas.

Es algo obvio que las condiciones de trabajo repercuten en la salud de los trabajadores. Desgraciadamente los médicos

Las consecuencias del déficit de sueño pueden favorecer la aparición de errores médicos de los que puede tratar de protegerse con un aumento en el consumo de estimulantes y/o con la práctica de la Medicina defensiva

hasta ahora no han demostrado ser buenos cuando se ocupan de su propia salud, prueba de ello es la escasez de trabajos que estudien la repercusión de las guardias en estos profesionales, y los pocos que hay se limitan a estudiar su repercusión en la etapa de residente, ignorando el resto de la vida profesional donde surgen nuevos factores como la edad, cargas familiares, estado de salud...etc. No obstante, partiendo de datos indirectos podemos obtener una aproximación de la situación.

Básicamente el trabajo de las guardias médicas corresponde a la realización de un exceso de jornada que se realiza en gran parte en turno nocturno y que sigue los patrones de distribución del tiempo de trabajo, propio del trabajo a turnos. Al mismo tiempo, es preciso destacar la evolución que ha sufrido el trabajo realizado en las guardias donde se ha pasado de una situación en expectativa de trabajo a una situación de trabajo a destajo.

Con carácter general, el trabajo a turnos y el trabajo nocturno resultan perturbadores para las funciones vitales de la persona, al ser contrario a los ritmos circadianos que rigen el normal funcionamiento del organismo. Producen efectos negativos y perjudiciales para la salud mediante alteraciones tanto orgánicas como psíquicas. Son dignas de destacar las manifestaciones cardiovasculares (disfunciones en el tejido cardiaco conductor, en particular arritmias, hipertensión arterial),

trastornos metabólicos, hormonales, digestivos, disfunción inmunológica y al mismo tiempo aparecen otras manifestaciones tales como trastornos del sueño, abuso de alcohol y drogas, trastornos emocionales (estrés crónico), mayor prevalencia de ansiedad y depresión, síndrome de fatiga crónica, mayor insatisfacción personal en el trabajo.

La privación de sueño de forma crónica provoca síntomas similares a los producidos por una intoxicación alcohólica, por este motivo ya hace tiempo que se evita someter a estas situaciones a trabajadores de determinados ámbitos como el personal de aviación comercial, industrias del sector nuclear, etc. Sin embargo, resulta llamativo que al personal que trabaja con algo tan sensible como la vida humana, fundamentalmente el personal médico, no se le considere tal circunstancia.

Algunos autores aseguran que no dormir suficiente es un factor que predice una mayor mortalidad. Dormir menos de cinco horas al día aumenta un 12 por ciento el riesgo de ser obeso, tener diabetes, sufrir un infarto o padecer cáncer. Dormir menos de cinco horas dobla el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares. Otros autores aseguran que la falta de sueño afecta muy seriamente a la parte "emocional" del cerebro y nos hace más propensos a las depresiones y a las enfermedades mentales, y conduce a comportamientos irracionales y primarios.

La consecuencia más evidente del trabajo a turnos y principalmente del nocturno es la somnolencia diurna que repercute en la actividad profesional, con acumulación de errores, dificultad para mantener la atención, para percibir correctamente la información y/o dificultad para actuar con rapidez, todo ello supone un claro riesgo de accidentes laborales de todo tipo, incluidos los de tráfico. En el caso del personal facultativo, las consecuencias del déficit de sueño puede favorecer la aparición de errores o negligencias médicas de las que el facultativo puede tra-

tar de protegerse con un aumento en el consumo de estimulantes y /o con la práctica de la Medicina defensiva con el consiguiente aumento del coste económico y otros efectos derivados de la misma, todo ellos igualmente indeseables.

Los médicos, tradicionalmente, han estado sometidos a cargas laborales exigentes, con un elevado número de horas de actividad a la semana, lo que les expone a periodos de privación de sueño prolongados y acumulativos a lo largo de su vida laboral con las posibles consecuencias negativas para la seguridad de los pacientes que atienden, así como para su propia salud.

Riesgos psicosociales

Desde hace años el estrés viene siendo reconocido como uno de los principales riesgos psicosociales. El estrés ocupacional es un riesgo emergente y, según la Agencia Europea, representa el segundo problema de salud relacionado con el trabajo, más frecuente en Europa, tras los trastornos musculoesqueléticos. En cuanto a los efectos del estrés laboral, el impacto de este sobre la salud puede variar ampliamente de unos trabajadores a otros.

Según algunos rankings, como el publicado por el Centro de Control y de Enfermedades y Prevención de Atlanta, CDC, la profesión de médico junto con la de policía, mineros, controladores aéreos y profesores se encuentra entre las más estresantes. Aunque muchas veces no es el empleo en sí mismo sino la capacidad de los mandos y directivos y la propia organización del trabajo lo que ayudan a constituir un trabajo más estresante y un ambiente más tóxico. Si a esto se le suma la escasa capacitación dada a estos trabajadores en habilidades para manejar la presión y el estrés, la actividad laboral puede convertirse en algo agotador y enfermizo. Todas las profesiones citadas en este punto disfrutaban de sistemas especiales de jubilación a excepción de

los médicos y el personal sanitario en su conjunto.

El burnout es un síndrome de agotamiento psíquico y emocional padecido por personas que trabajan en contacto con otros seres humanos, lo que exige una respuesta emocional continua con esas personas. Se trata de una patología laboral con serias consecuencias no solo para los profesionales que la padecen, sino para los pacientes a los que atienden. Se caracteriza por el agotamiento emocional que se manifiesta por el agotamiento necesario y adecuado para la realización satisfactoria del acto médico, la despersonalización (desapego, los pacientes son vistos como meros casos lo que conlleva una respuesta fría e impersonal, frustrante para el paciente y que al profesional le genera un sentimiento de baja realización en el trabajo que facilita su introducción en la senda de los trastornos psicopatológicos pudiendo aparecer ansiedad, depresión, consumo de drogas, psicofármacos o alcohol o incluso al suicidio).

Las elevadas cifras de burnout entre los profesionales sanitarios en general y entre los médicos en particular, que lejos de disminuir aumentan cada día, se están convirtiendo un grave y creciente problema de salud pública. Esto debería haber hecho saltar la alarma, pero ciudadanos y políticos miran para otro lado. En los múltiples trabajos publicados sobre este tema se identifica el exceso de jornada como un elemento fundamental en la aparición del burnout.

En resumen, desde que inician la formación en las facultades de Medicina, los médicos están sometidos a unas duras condiciones, que no solo no mejoran a lo largo de su carrera profesional, sino que se ven agravadas a lo largo de la misma. La exigencia de unos horarios de trabajo excesivamente largos, incluyendo además nocturnidad y turnicidad en ambientes de



trabajo estresantes, acompañado de importantes sobrecargas de trabajo tanto físicas y psíquicas, con un gran componente emocional en buena parte debido, por un lado a la excesiva duración de los horarios de trabajo, y, por otro, a la trascendencia de sus decisiones y a la repercusión de las mismas sobre terceros, constituyen unas características difíciles de encontrar en otras profesiones.

Edad de jubilación

La jubilación en su modalidad contributiva (artículo 205 LGSS) prevé la edad ordinaria de jubilación a los 67 años de edad, o 65 años cuando se acrediten treinta y ocho años y seis meses de cotización.

No obstante, existen excepciones a esta norma general. La ley establece que dicha



edad mínima de acceso a la pensión podrá ser rebajada por real decreto, a propuesta del titular del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en aquellos grupos o actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad. El procedimiento general que debe observarse incluirá la realización previa de estudios sobre siniestralidad en el sector, penosidad, peligrosidad y toxicidad de las condiciones de trabajo, su incidencia en los procesos de incapacidad laboral de los trabajadores y los requerimientos físicos exigidos para el desarrollo de la actividad.

Aplicar reglas iguales a situaciones desiguales acrecienta las desigualdades

Hemos puesto de manifiesto que existen diferencias sustanciales entre el personal sanitario y el resto de funcionarios, que deberían ser analizadas y tenidas en cuenta porque de aplicarse las medidas generales establecidas en la Ley 27/2011 sin tener en cuenta estas peculiaridades de la profesión se propiciara, probablemente sin pretenderlo, una nueva discriminación para este colectivo.

El cómputo del tiempo de cotización para generar el derecho a una pensión de jubilación máxima a partir de la entrada en vigor de las modificaciones previstas es de 38 años y seis meses. Pero estos cálculos se realizan considerando la jornada laboral vigente, que en nuestro país va de 35 a 40 horas semanales (8 horas diarias) como máximo. No se tiene en consideración que existen algunas profesiones, como la de los facultativos sanitarios, donde en muchas ocasiones se contrata por días. Se ha cotizado por un día pero en realidad se han trabajado 24 horas, es decir el equivalente a tres días para cualquier otro trabajador.

El mantenimiento en el tiempo de estas situaciones hace que muchos médicos

deban acumular múltiples contratos de uno o varios días para sumar un mes de cotizaciones, sin considerar que los treinta días de cotización de ese médico no son comparables (en términos de horas trabajadas y cotizadas) a los treinta días de cotización de un funcionario que ha realizado sus tareas 5 ó 6 días en la semana a razón de 7 u 8 horas diarias y con sus respectivos descansos que también le computan en el periodo de 30 días. Estos médicos no podrán percibir la pensión máxima a pesar de la enorme cantidad de horas trabajadas porque sumar los 38 años y seis meses exigidos, en estas condiciones les llevaría varias vidas.

Es cierto que no existe interés por parte de los políticos para resolver este asunto, como lo demuestra la falta de desarrollo normativo pendiente desde 2007 sobre jubilación parcial y flexible de los empleados públicos, pero también es cierto que los profesionales tampoco hemos asumido nuestra responsabilidad. La salud laboral en la Sanidad es prácticamente nula y no hacemos nada por ello, ni tan siquiera ponerlo de manifiesto; pero no debemos olvidar que lo que está en juego es nuestra propia salud.

Es difícil identificar una patología laboral cuando no se revisa la salud de los trabajadores y, por otro lado, nuestra condición de médicos nos facilita acceder a otras vías, autotratamiento o consulta de pasillo con otro compañero, cuando no ocultar la situación por la estigmatización que suponen ciertos diagnósticos. Por tanto, no existen registros válidos para identificar el problema. No parece este el camino más adecuado para resolverlo. Cuando un problema no se plantea difícilmente alcanza a solucionarse.

La salud de los profesionales sanitarios como indicador de calidad del sistema sanitario

Según una publicación de Wallace en Lancet (2009), la salud de los profesionales sanitarios repercute directamente

en la calidad del servicio e indirectamente en la salud de la población atendida, partiendo de que la salud no solo influye en cada médico, sino que es vital para la prestación de una buena atención, y, por tanto, plantea que sea incluida como indicador de calidad del sistema sanitario.

Flexibilizar la edad de jubilación

En una sociedad moderna, los sistemas de seguridad social no deben limitarse a imponer reglas rígidas que ignoren que la jubilación es un hecho trascendental en la vida de los trabajadores.

Existen situaciones personales que influyen en la decisión de acceder a una pensión de jubilación que deben ser tenidas en cuenta y debe ser flexible. Y dependiendo de la voluntariedad del trabajador, debería dársele a este la posibilidad de elegir el momento de su jubilación entre los 60 ó 70 años, al igual que ocurre con otros muchos profesionales.

En el último Congreso de la CESM, celebrado en Galicia en mayo de 2016, se trató este tema y se adoptaron algunas conclusiones como:

- Exigir una modificación de las actuales condiciones laborales.
- Identificar los factores de riesgo psicosocial en el sector sanitario e impulsar la realización de estudios sobre el grado de salud de los profesionales sanitarios y la aplicación de coeficientes correctores a la edad de jubilación.
- Instar la inclusión de un nuevo indicador de calidad del sistema sanitario: la salud de sus médicos.
- Liderar la defensa de la salud de todos los trabajadores sanitarios y por ende defender y mejorar la calidad del servicio que prestan.
- Exigir el desarrollo de la normativa sobre jubilación anticipada y flexible para el personal acogido al Estatuto Marco ■





Las fundaciones de la salud: investigación y bienestar. Nuevos horizontes

Autor | Honorio-Carlos Bando Casado. Profesor honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Académico de las Reales Academias de Farmacia, de Legislación y Jurisprudencia, de Doctores y de Ciencias Odontológicas de España

La sociedad civil ha vuelto a poner énfasis en la salud, la investigación y el bienestar social, y tiene que tener un papel determinante en la conformación de las actividades ciudadanas para fomentar la participación, contribuyendo a la consolidación del desarrollo sostenible en un mundo globalizado que estamos viviendo. Instrumento este de participación de la sociedad civil en unas tareas que, si en determinados momentos se consideraron parcelas exclusivas de los poderes públicos, hoy se acepta unánimemente la conveniencia de su existencia y participación, a través de las fundaciones, entre otras formas de participación.



Honorio-Carlos Bando Casado

Tenemos que seguir trabajando en el reconocimiento de la realidad social: la aceptación del innegable y creciente peso de las fundaciones, dinamizadoras de la sociedad de nuestro tiempo, que abarcan un amplio abanico de actividades desarrolladas por entidades colaboradoras y que están sujetas a una normativa jurídica. Tendríamos que reflexionar sobre las expectativas generadas en una sociedad cada día más cambiante y participativa. Si se contienen elementos suficientes para estimular los intereses generales que reclaman su protagonismo en la realización de actividades que reportan un beneficio para todos los ciudadanos.

El desarrollo de las fundaciones, según la Constitución, asume una realidad social, reconociendo el derecho de una sociedad

plural y democrática, a participar sin ánimo de lucro, en el cumplimiento de fines de interés para todos, que no pueden olvidarse si de verdad queremos alcanzar, al igual que en otros países de la Unión Europea, altas cotas de bienestar y la consecución de una sociedad más justa, tolerante y solidaria.

Hay que destacar el creciente interés de determinadas fundaciones por patrocinar, sin ánimo de lucro, el fomento de la salud, la investigación, etc. o de ejercer el mecenazgo. Empresas con sensibilidad social que han transferido los principios o técnicas de gestión económica a una gestión social, logrando así una mejora de imagen como rendimiento social legítimo,

por lo que debemos tenerlas presentes a la hora de darles un tratamiento jurídico y fiscal preferencial.

Las fundaciones, como entidades privadas, tienen que gozar de un amplio marco de libertad para su correcto funcionamiento; pero ello no es obstáculo, ni lo ha sido en tiempos anteriores, para que se ejerza sobre ellas una tutela de las administraciones públicas, que se justifica por la naturaleza de los fines que persiguen. El intervencionismo siempre estará de acuerdo con nuestra Carta Magna de 1978.

La Asociación Española de Fundaciones (AEF) agrupa a más de un millar de fun-

daciones asociadas a las que ofrece apoyo técnico, de las cuales las de ámbito de la salud, investigación y bienestar superan el 8 por ciento. Es necesario tener en cuenta que el sector fundacional en España da empleo directo a 205.000 personas y a otras 15.000, de una forma indirecta, generando un ingreso de 10.000 millones de euros anuales, que representan el 1 por ciento del PIB, incluyendo las públicas y las privadas. Se estima que en nuestro país existen unas 8.500 fundaciones activas en las que participan 70.000 voluntarios. La AEF es la segunda de Europa, con más miembros por detrás de la alemana, que preside la Agrupación Europea de Fundaciones desde hace 4 años.

El grupo sectorial de fundaciones de la salud, investigación y bienestar, de la Asociación Española de Fundaciones (AEF), del cual soy responsable, como miembro de su junta directiva, viene desarrollando una interesante labor para dinamizar ideas, proyectos y actividades de las fundaciones de la salud, la investigación y bienestar, para hacer visible a la sociedad las actuaciones que se realizan. En la actualidad se está llevando a cabo un estudio para analizar la presencia fundacional de este sector y las repercusiones para los ciudadanos.

Las fundaciones del ámbito de la salud o relacionadas con esta, deben estar en los órganos consultivos de las administraciones públicas. Asimismo, las fundaciones deben colaborar en la elaboración de informes técnicos que ayuden a solucionar los conflictos entre partes, cuando afectan a los ciudadanos /pacientes.

Por otro lado, las fundaciones tienen que trabajar activamente para fomentar proyectos de investigación y exploración sistemática de posibilidades de innovación que afecten directamente a la salud y a su desarrollo sostenible, para dinamizar las actuaciones de nuestra sociedad en los próximos años.



En mi opinión debería cambiarse el término protectorado de fundaciones de competencia estatal, por ser ya obsoleto en el ámbito del Derecho Administrativo, si bien se ha dado un paso muy importante por el Real Decreto de 27 de noviembre de 2015, en vigor desde el 2 de diciembre de 2015, que atribuye ya todas las competencias de los protectorados de ámbito estatal al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, en concreto a la Secretaría General Técnica, a través de la Subdirección General del Protectorado de Fundaciones. Paralelamente en el cumplimiento de la disposición transitoria cuarta a la Ley 50/2002 de 26 de Diciembre y la

reiteración en la disposición transitoria única del Real Decreto 1337/2005 de 11 de Noviembre, se promulgó la Orden de 26 de Noviembre de 2015 del Ministerio de la Presidencia por la que se dispone la entrada en funcionamiento y la sede del Registro de Fundaciones de Competencia Estatal, a partir del 2 de diciembre de 2015, con dependencia orgánica de la Dirección General de los Registros y del Notariado del Ministerio de Justicia, quedando extinguido los registros de fundaciones existentes actualmente, en diversos ministerios.

Es necesario afrontar nuevos retos y abrir un período de reflexión para llevar a buen término la reforma emprendida, para lo cual sería necesario la supresión de la Subdirección General del Protectorado del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y la creación de un nuevo centro directivo con mayor rango orgánico, en el Ministerio de la Presidencia para dirigir y

coordinar todo el movimiento fundacional, de mecenazgo y de asociaciones existentes, a nivel de la Administración General del Estado, tarea que debería afrontar, lo antes posible, con responsabilidad el nuevo Gobierno.

Las fundaciones tienen que trabajar para fomentar proyectos de investigación y exploración sistemática de posibilidades de innovación que afecten directamente a la salud y a su desarrollo sostenible

El crecimiento económico, el empleo, la calidad de vida y, en definitiva, el futuro de la sociedad española pasan necesariamente por el fortalecimiento de su sociedad civil, donde las fundaciones jugarán un papel importante.

Finalmente, creo sinceramente que es manifiesta y encomiable la labor que están realizando las fundaciones y su colaboración con los poderes públicos, para la consecución de objetivos en beneficio de todos los ciudadanos ■



La estrategia de la Sanidad Ambiental en la salud pública

Autor | José M^a Ordóñez Iriarte. Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA)

Son muchos los retos que la salud ambiental tiene que encarar en España. Ello hace preciso un mayor esfuerzo político que permita diseñar y dotar con presupuesto un Plan de Salud Ambiental y, por supuesto, un liderazgo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



José M^a Ordóñez Iriarte

La salud humana depende en gran medida del entorno en que se desenvuelve la vida. El hombre necesita satisfacer sus necesidades fisiológicas más inmediatas como son el comer (1-2 kg/día - 2.000 kcal-), beber (2 litros/día), respirar (15-20 m³/día) y eliminar su excretas. Si los alimentos, el agua y el aire son contaminados en el proceso de producción de bienes y servicios o en la gestión de los residuos estaremos incorporando a nuestro organismo, a través de ellos, esos contaminantes. La exposición a los mismos puede llegar a alterar el equilibrio en que se sustenta la vida provocando diferentes tipos de enfermedades.

Pero el entorno del hombre no está constituido exclusivamente por el medio natural, sino que hay que considerar también el entorno construido o culturizado constituido por la vivienda, el lugar de trabajo, el colegio, los lugares de ocio, la ciudad en su conjunto y los, en muchos casos, menos

tangibles estilos de vida. Este entorno artificial, creado por el hombre, propicia que se generen condiciones ambientales nuevas que incorporan otras formas más sofisticadas de contaminación y nuevos riesgos para el medio ambiente y para la propia salud, como son las radiaciones ionizantes y no ionizantes, el ruido, el cambio climático, la superpoblación, etc..

Es fácilmente constatable el incremento de enfermedades ligadas a la exposición ambiental y a la prolongación de la vida como son el cáncer, los problemas endocrinos y

neurrológicos, alergias... Además, las políticas de salud pública deben evolucionar en su objetivo final. La idea de “esperanza de vida” debe reconvertirse en “esperanza de salud”¹.

Es fácilmente constatable el incremento de enfermedades ligadas a la exposición ambiental y a la prolongación de la vida como son el cáncer, los problemas endocrinos y neurrológicos, alergias...

En 1974, Marc Lalonde², ministro canadiense, propuso un modelo explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el

ambiente -incluyendo el social en un sentido más amplio- junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud.



En concreto el Informe Lalonde acota el término “medio ambiente” a lo que actualmente se entiende como “salud ambiental”:

“La variable “medio ambiente” incluye el conjunto de aspectos que afectan a la salud, que son externos al cuerpo humano y sobre los que el individuo tiene poco o nulo control. Las personas no pueden, por sí mismas, garantizar que los medicamentos, cosméticos, suministro de agua, etc., sean seguros y estén libres de contaminantes; que los riesgos para la salud derivados de la calidad del aire, del agua, del ruido, etc. estén controlados; que se evite la propagación de enfermedades transmisibles; que se lleve a cabo una eliminación eficaz de los residuos urbanos y aguas residuales y que el ambiente social (en el que se desarrolla vida), no sea fuente de riesgos para la salud”.

La OMS ha concluido que alrededor de una cuarta parte del conjunto de las enfermedades mundiales se puede atribuir a factores ambientales. Y muchas de las amenazas ambientales a la salud son evitables

McKeown³ considera que “el predominio de las enfermedades infecciosas como causa de fallecimiento fue fruto de las condiciones creadas por la primera revolución agrícola, hace 10.000 años, es decir cuando la gente empezó a juntarse y formó poblaciones de tamaño considerable. ¿Por qué pues, se pregunta, las infecciones disminuyeron a partir más o menos de las modernas revoluciones industrial y agrícola, que crearon poblaciones todavía más numerosas y densas? La respuesta que propone es que hay cuatro influencias posibles: cambios en el carácter de las enfermedades infecciosas, tratamiento médico, menor exposición a las infecciones, y mayor resistencia a las infecciones.



Analizando cada una de las cuatro influencias, encontramos que en “la menor exposición a las infecciones” concurren aspectos muy relevantes. La reducción de esta exposición se debió principalmente a la calidad del agua suministrada, la eficaz eliminación de los desperdicios (red de alcantarillado) y la higiene de los alimentos. Las dos primeras medidas parecen obvias; sin embargo con la tercera hubo discrepancias, porque la leche, que era uno de los alimentos más importantes de la dieta, no fue sometida al proceso de pasteurización y envasado hasta finales del siglo XIX.

En cuanto a la “mayor resistencia a las infecciones”, parece ser que se debió a la inmunización y a la mejora de la nutrición.

Sin embargo, la disminución de las enfermedades infecciosas trajo consigo las enfermedades no contagiosas o de “civilización” (cáncer, cardiovasculares, respiratorias...), cuya expresión se ha debido a que quedaban apantalladas por la brevedad de la vida y el predominio de las infecciosas.

Sir Richard Doll⁴, célebre epidemiólogo británico que contribuyó en España al esclarecimiento del Síndrome del Aceite Tóxico, publicó a principios de los años 90 del siglo pasado un artículo que confirmaba la relevancia que tienen determinados factores ambientales en la salud de las personas y cómo a lo largo del siglo XX se había incrementado la esperanza de vida de los americanos, entre otras cosas, por la mejora de las infraestructuras sanitarias.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que “la salud humana depende en última instan-

cia de la capacidad de la sociedad para manejar la interacción entre las actividades humanas y el medio ambiente físico y biológico”. Más recientemente, 1997, este organismo llegó a la conclusión de que alrededor de una cuarta parte del conjunto de las enfermedades mundiales se puede atribuir a factores ambientales.

Y muchas de las amenazas ambientales a la salud son evitables⁵.

La Salud Ambiental en la Salud Pública

La Salud Pública en su concepción más moderna es “la ciencia y el arte de organizar y diri-

gir los esfuerzos colectivos destinados a promover la salud de los habitantes de una comunidad” cuya responsabilidad descansa en los poderes públicos. Fruto de la vigilancia y el análisis epidemiológico, su actuación se centra en intervenciones de prevención de la enfermedad y de promoción y protección de la salud ante aquellos riesgos y amenazas que no pueden controlar por sí mismos los individuos.

Las dos características que definen a la Sanidad Ambiental son que sus actividades están dirigidas a la prevención primaria, es decir a evitar la aparición de enfermedades, y que el nivel de atención es el comunitario, se actúa para prevenir los riesgos que pueden afectar a la población. Es decir que podemos decir sin riesgo a equivocarnos que la Sanidad Ambiental forma parte de la Salud Pública y si todavía queremos apurar más diríamos que la Sanidad Ambiental es, sobre todo, protección de la salud.

Actualmente, además del patrón clásico de las enfermedades de “civilización” que decíamos más arriba, asistimos a la cuarta transición en las enfermedades infec-

ciosas debida, sin duda, a un conjunto de circunstancias: el cambio climático, el crecimiento urbano, los cambios de modos de vida, la globalización... Quizá, puedan servir de ejemplo las distintas alertas internacionales que nos han llegado a España en los últimos tiempos: la crisis de las “vacas locas” o encefalopatía espongiforme en los años 1990; el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) en 2003; las gripes humanas de origen aviar (virus H5N1) en 2006 y de origen porcino (H1N1) en 2009-10, la enfermedad por virus Ébola (EVE) en 2015...

En este nuevo escenario se está produciendo la vuelta o recrudescimiento de ciertas enfermedades de transmisión vectorial y la aparición de otras nuevas. El *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) afirma que “las enfermedades transmitidas por vectores son un grupo de infecciones emergente y re-emergentes que, constituyen, a fecha de hoy, una amenaza para Europa, por lo que requieren una especial atención”⁶. Así por ejemplo, el aumento del paludismo importado, y también de algunas virosis como el dengue, el virus Chikungunya, el Zika, West Nile (y otros flavivirus), en el que están implicados flebotomos y mosquitos, o el caso más reciente de Fiebre Hemorrágica por Virus Crimea-Congo debido a picadura por garrapatas y las migraciones inusuales de reservorios animales, bien por invasiones foráneas, bien por redistribución de autóctonos, son un buen ejemplo de los efectos de los cambios globales sobre la epidemiología de algunas enfermedades vectoriales en nuestro país.

Muchos de los determinantes de la salud pertenecen a la esfera de otras instancias administrativas diferentes a la salud pública. Este hecho es clave para entender que las acciones de Salud Pública deben darse en coordinación entre el sistema sanitario con otros sectores distintos al mismo, tanto públicos como privados. Por ello, el abordaje de las enfermedades no pasa solamente por los de-

partamentos de salud, sino también por el resto de departamentos: industria, agricultura, urbanismo, vivienda, deportes... que son generadores o gestores de los riesgos medioambientales. Ello lleva a establecer estrategias de actuación que implican a todos los departamentos de gobierno: es lo que la OMS⁷ ha denominando, “la salud en todas las políticas” (SeTP). Este es el enfoque que subyace en la Ley General de Salud Pública.

La publicación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública⁸ supuso un balón de oxígeno para la Salud Pública que, por primera vez, ha visto cómo se hacía hincapié en “la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud”, como un área que no había tenido la consideración legislativa que tuvo la asistencia sanitaria.

En el ámbito concreto que nos ocupa, la Salud Ambiental es un aspecto de la protección de la salud al que la ley le dedica el capítulo VI. El artículo 27.1 define “la protección de la salud como el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos pueden tener sobre la salud y el bienestar de la población”.

El artículo 30.1 atribuye a “la Sanidad Ambiental las funciones de la identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que pueden derivarse de los condicionantes ambientales; la vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud; así como la identificación de las políticas de cualquier sector que reducen los riesgos ambientales para la salud”.

En el artículo 30.2 asigna a las “Administraciones públicas implementarán programas de Sanidad Ambiental, coordinados por las Administraciones sanitarias, para elevar el nivel de protección de la salud



ante los riesgos derivados de las condiciones ambientales”.

Riesgos ambientales en los países desarrollados

La Sanidad Ambiental en España ha consolidado toda una serie de programas de actuación que serían los que podemos denominar “clásicos”: control de la calidad del agua de abastecimiento y aguas recreativas, seguridad química (reglamento REACH⁹ y CLP¹⁰), prevención de la legionelosis, vigilancia y control vectorial, sistemas de vigilancia ambiental, radiaciones electromagnéticas, etc.

Quizá sea el cambio climático una amenaza a la que se deba prestar una gran atención desde la Salud Pública y obligue a reorientar algunas de las acciones que

se vienen haciendo en el ámbito de la Sanidad Ambiental. A ello va a contribuir la decidida acción puesta en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente con la creación del Observatorio de Salud y Cambio Climático (OSCC).

La Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA), por su parte, está contribuyendo desde sus modestas posibilidades a conocer la realidad. Su última aportación la constituye el libro *Cambio global en España 2020/50: Cambio climático y salud* que ha sido financiado por la Fundación Caja Madrid (actual Bankia)¹¹.

A modo de resumen se recogen los aspectos más relevantes señalados en este último informe:



- Las previsiones que arrojan los modelos globales de cambio climático sobre España señalan precisamente un aumento de los riesgos derivados de las sequías, precipitaciones extremas y olas de calor, como hechos más relevantes.
- Especial consideración merecen los extremos térmicos. La situación actual presenta para el último siglo y medio un aumento de las temperaturas para el conjunto de la Península de alrededor de 1 °C. Si se analizan las series, se revela que los mayores incrementos han acontecido en primavera y verano para los últimos 25 años. Ello tiene una importancia significativa para identificar las olas de calor en verano como un fenómeno en ascenso.
- Los cambios más significativos relacionados con el agua y la salud alertados por el IPCC (Panel Internacional), se refieren a los eventos climatológicos extremos como las inundaciones, tormentas, riadas, sequías, etc., que podrían incrementar el riesgo de contaminación de las captaciones de agua para consumo humano.
- Los cambios en la frecuencia y severidad de condiciones climáticas extremas tendrán un impacto significativo en la producción de alimentos.
- En lo que se refiere a los vectores transmisores de enfermedades, el incremento de la temperatura acorta, por ejemplo en el caso de los mosquitos, el tiempo de desarrollo larvario, lo que conlleva un aumento del número de generaciones anuales, o lo que es lo mismo, un aumento de la densidad de individuos. Ya se han señalado más arriba algunos de los problemas y amenazas más actuales.
- La concentración de contaminantes químicos en la atmósfera también se puede ver afectada por el cambio climático. El ozono se genera en la troposfera debido a la existencia de contaminantes primarios, por acción de la radiación solar y en presencia de altas temperaturas.
- El contenido en la atmósfera de partí-

culas biológicas, concretamente de aeroalergenos (polen...), puede verse afectado por el cambio climático. El incremento del CO₂ atmosférico puede actuar como un fertilizante que favorece el crecimiento de las plantas.

- Por último, la intensidad de la radiación ultravioleta (UV) que llega a la superficie terrestre depende de la eficacia del filtro atmosférico, que varía en función del espesor de la capa de ozono, de la perpendicularidad de los rayos solares, de la altitud y de la presencia de nubes y polvo. La mayor frecuencia de situaciones anticiclónicas prevista para nuestras latitudes podría favorecer la intensidad de radiación UV en España.

Uno de los grupos más vulnerables a los riesgos ambientales son los niños¹², aunque no debe olvidarse a los ancianos y a las mujeres en edad fértil.

Son muchos los retos que la Salud Ambiental tiene que encarar en España. Ello hace preciso un mayor esfuerzo político que permita diseñar y dotar con presupuesto un Plan de Salud Ambiental, al modo como se hace en otros países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Holanda, Alemania,...) y, por supuesto, un liderazgo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

¿Para cuándo? Como dice el poeta, la respuesta está en el viento ■

Documentación y fuentes

1. Ordóñez JM, Aparicio MI, Aránguez E, Aldaz J. Nuevos retos en salud ambiental. En Catalá FJ, de Manuel E (eds) La salud pública y el futuro del estado del bienestar. Informe SESPAS 1998. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998: 177-222
2. Lalonde M. A new Perspective on the Health of the Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Service, 1974
3. McKeown T. Los orígenes de las en-

fermedades humanas. Barcelona: Crítica, 1990.

4. Doll R. Health and the environmental in the 1990s. American Journal of Public Health 1992 82, 7, 933-941.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. <http://www.who.int/whr/>
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the surveillance of invasive mosquitoes in Europe. Stockholm: ECDC; 2012.
7. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre Salud en Todas las Políticas. OMS, Adelaida, 2010.
8. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE nº 240, de 5 de octubre.
9. Reglamento (CE) nº 1907/2006, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH) y por el que se crea la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos. (DOUE 30.12.2006).
10. Reglamento (CE) Nº 1272/2008, de 16 de diciembre de 2008, del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre clasificación, etiquetado y envasado (CLP) de sustancias y mezclas. (DOUE 31.12.2008).
11. Martí Boscà JV, Ordóñez Iriarte JM, Aránguez Ruiz E, Barberá Riera M. Cambio Global España 2020/50. Cambio climático y salud. Fundación General Universidad Complutense de Madrid. Sociedad Española de Sanidad Ambiental, Fundación Caja Madrid. Madrid, 2012.
12. Lindsey M. Horton, Paula Burgess, Yulia Iossifova, Mary Jean Brown, Mary E. Mortensen, Fuyuen Yip, Rick Gelting, Brian Hubbard, and Vikas Kapil. Children's Environmental Health at CDC. Rev. Salud Ambient. 2013;13(1):5-11



A photograph of medical supplies: a silver stethoscope with grey tubing, a stack of several books with yellowed pages, and a clipboard with a white sheet of paper. The items are arranged on a light-colored surface against a plain background.

Form

desm



Formación médica, pautas para superar la desmotivación

Al hablar de formación médica, los expertos observan cierto “desinterés” tanto en las universidades respecto a todos los aspectos relacionados con la clínica, como por parte de los hospitales, que en muchas ocasiones eligen a los tutores “por exclusión”, porque nadie quiere serlo ya que supone una carga extra de trabajo. Por otro lado, las prácticas clínicas de los estudiantes de Medicina están definidas en la teoría; sin embargo, en la práctica el debate sigue abierto.

Texto | Eva Fariña



REPORTAJE DE PORTADA

Formación médica, pautas para superar la desmotivación



Paciente, profesor, alumno: la enseñanza médica clínica es imposible sin esta trílogía. La docencia clínica tiene como grandes ventajas que es muy motivadora para los estudiantes de Medicina, pero requiere tiempo y dedicación por parte de los profesionales. Es este contexto es necesario ajustar las estructuras, el profesorado y los planes de estudio a las necesidades actuales. ¿Cualquier hospital puede ser universitario? ¿Qué requisitos necesita? ¿Es suficiente disponer de un buen hospital para desarrollar la enseñanza clínica de la Medicina?

Así las cosas, los expertos recuerdan que “no se puede entender la enseñanza médica fuera del entorno clínico”. Al menos así lo considera, entre otros, José Antonio Sacristán, director de la Fundación Lilly. Y “sin hospital, no hay enseñanza médica posible”, asegura José Luis Álvarez-Sala, decano de Medicina de la Universi-

dad Complutense de Madrid. Ambos han intervenido en un curso organizado por la Cátedra de Educación Médica-Fundación Lilly-UCM, celebrado en El Escorial (Madrid), en el que este ha sido el tema de debate y reflexión.

Pero, ¿qué ocurre en la práctica? Según otro experto, Felipe Rodríguez de Castro, presidente de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), “se ob-

serva cierto desinterés por parte de las universidades respecto a todos los temas relacionados con la Sanidad”. Por el contrario, existe una influencia cada vez mayor de las instituciones sanitarias en la formación de los médicos. Esto lleva a la reflexión de que sería necesaria la creación de una estructura de participación mutua en los órganos de dirección de ambas instituciones, algo que no se ha articulado a pesar de

Normativa

- Ley General de Sanidad, publicada en 1986, obliga a las Administraciones universitaria y sanitaria a garantizar unos recursos adecuados para la docencia en todos sus niveles.
- El Real Decreto 15/58 de 1986, aprobado para intentar armonizar las relaciones institucionales entre los ámbitos sanitario y universitario.
- Directiva 2005/36/CE, que establece que la formación básica del médico debe contar con una experiencia clínica adecuada en hospitales bajo oportuna supervisión.

que lo contempla la normativa vigente. Tampoco se han desarrollado aspectos capitales, como la investigación y la política de profesorado, “que ha resultado en cierto modo rígida”, sin una buena definición de la docencia asistencial.

Requisitos para ser hospital universitario

Tras la publicación del RD 15/58 de 1986, se aprueba en 1987 una orden ministerial, de apenas dos folios, en la que se establecen una serie de requisitos para que un hospital sea considerado universitario. Entre otras normas de carácter general, se hace referencia a la vinculación del hospital universitario con una universidad concreta, la relación orgánica de determinadas áreas de salud, criterios arquitectónicos del hospital, requerimientos y rendimientos asistenciales o los servicios que se deben ofrecer. “Estos requisitos no implican de forma automática el carácter de excelencia que debe tener el adjetivo universitario”, dice Felipe Rodríguez de Castro, que también es catedrático de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Palmas.

“Esta normativa es muy puntillosa en algunos detalles de rendimiento asistencial, pero las exigencias desde el punto de vista docente y de investigación, tareas propiamente universitarias, resultan muy imprecisas”. Un ejemplo es que establece el número de médicos, enfermeras y auxiliares que debe tener el hospital, pero no se menciona el número mínimo de profesores funcionarios con los que debe contar. Asimismo, en la enseñanza universitaria tampoco se especifica la capacidad de los espacios docentes, algo que sí se concreta en la enseñanza especializada. “Los objetivos docentes y de investigación tienen muy poca visibilidad en los planes estratégicos del hospital universitario”, asevera el presidente de la SEDEM.

El RD 4/20 de 2015 establece la creación, reconocimiento, autorización y acreditación de universidades y centros universita-

Diez propuestas de la SEDEM para que un hospital sea universitario

La Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) tiene entre sus principales objetivos mejorar, investigar y difundir información sobre Educación Médica. También realiza labores de asesoramiento a diversos organismos y publica la Revista Fundación Educación Médica. Desde su Presidencia, Felipe Rodríguez de Castro enumera una serie de requisitos que debe cumplir un hospital para ser considerado universitario.

- 1 Las funciones primordiales del hospital deben basarse en una asistencia de excelencia, prevención de enfermedades, docencia e investigación. En los planes estratégicos de los hospitales deben estar bien definidos los objetivos asistenciales, docentes e investigadores.
- 2 Respecto a la estructura y los órganos de dirección, debe haber representantes de la universidad y del hospital en ambas instituciones. El órgano de decisión tiene que ser único y centralizado.
- 3 El hospital necesita tener una infraestructura adecuada para la docencia, con aulas, laboratorios y biblioteca. La ley establece que cuente con una unidad docente acreditada.
- 4 En cuanto a los requisitos asistenciales, debe atender a un número suficiente de pacientes por año y una variedad de patologías. El objetivo es evitar los hospitales monográficos.
- 5 Deben existir protocolos de actuación clínica, así como métodos de control y evaluación de la calidad asistencial, con índices concretos de funcionamiento y rendimiento clínico. Lo ideal sería que los parámetros de calidad de la institución fueran valorados por órganos externos.
- 6 Todos los médicos que trabajan en un hospital universitario deben estar comprometidos con la docencia, y tiene que haber una incenti-vación.
- 7 Los profesores universitarios asistenciales tienen que poder compatibilizar su actividad docente, investigadora y asistencial. La tendencia es que los profesores trabajen mañana y tarde.
- 8 El hospital necesita disponer de una infraestructura adecuada para la investigación, y su actividad tiene que reflejarse en publicaciones científicas. Como mínimo, cada hospital debe alcanzar 100 puntos de factor impacto por año. La comisión de investigación debe estar presidida por un profesor universitario con actividad asistencial.
- 9 El presupuesto del hospital debe tener en cuenta el encarecimiento que supone el hecho de ser universitario. Es necesario analizar la presión docente que recibe cada servicio, y establecer un presupuesto específico para las actividades docentes e investigadoras.
- 10 El hospital universitario tiene que acreditarse a través de un proceso sistemático, independiente y documentado por el que se reconoce su capacidad y el cumplimiento de ciertos requisitos para la formación de graduados de Medicina.



REPORTAJE DE PORTADA

Formación médica, pautas para superar la desmotivación

rios. En un anexo se especifican unas exigencias especiales para la enseñanza en el ámbito de las Ciencias de la Salud, “pero no se avanza mucho más”, dice el profesor Rodríguez de Castro, porque sigue sin definirse con exactitud los criterios que debe cumplir un hospital universitario en el ámbito docente e investigador.

En su opinión, debemos de formar a los estudiantes en todos los entornos educativos, no solo en el hospital: consulta externa, hospital de día, consulta de enfermería, nuevas tecnologías, laboratorio de habilidades, etc. “Los estudiantes actuales van a ejercer su profesión con unos pacientes que tienen una esperanza de vida cercana a los 90 años, y tendrán, sobre todo, enfermedades crónicas. La mayor parte de las decisiones diagnósticas y terapéuticas no se toman en los hospitales hoy en día. En los hospitales se abordan problemas especialmente complejos que se les escapan a los estudiantes”, señala.

Además, Rodríguez de Castro habla de la necesidad de realizar una memoria final de los hospitales universitarios y de crear comisiones de garantía de la calidad. “La vinculación de un hospital debe ser a una única universidad, así lo determina la Ley General de Sanidad, aunque provoque polémica”.

Otros criterios de acreditación del hospital universitario se basan en la estructura y en los órganos de dirección, que tienen que cumplir “la ley vigente”. “El hospital debe tener accesos independientes y una infraestructura adecuada para la docencia, así como una unidad docente acreditada y una biblioteca con, al menos, acceso a 300 publicaciones”. Respecto al pre-

supuesto, “un hospital universitario es más caro”, y necesita “acreditarse de forma sistemática, independiente y documentada”, incide el presidente de la SEDEM.

Troncalidad: evaluación, acreditación y reacreditación

La enseñanza clínica en el hospital afronta los retos de la troncalidad y su aplicación en el entorno hospitalario. La fase de diseño y aprobación ya está prácticamen-

te finalizada, y ahora falta “trasladarlo a la clínica”, como dice Pilar Garrido, presidenta del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud. “Es el momento de pasar del plan antiguo al nuevo, y necesitamos acreditar unidades docentes troncales, así

como tutores troncales (una figura que actualmente no existe). Los colegios profesionales, las sociedades científicas, el Ministerio de Sanidad y la Unión Europea reivindican que toda esta actividad esté vinculada con el desarrollo profesional continuo y la recertificación de los profesionales, como garantía de calidad asistencial”.

En el sistema MIR no están definidos los criterios para elegir a los tutores. “Para mí tristeza, descubrí que en Oncología Médica, por ejemplo, en muchas ocasiones se elige al tutor por exclusión, porque nadie quiere serlo ya que supone una carga extra de trabajo. Si vamos a liderar un cambio conceptual, lo primero es conseguir tutores formados y motivados, y eso se consigue a través del reconocimiento. De esta forma, podremos exigirles el cumplimiento de sus funciones”.

Los residentes y, en general, los tutores de los servicios hospitalarios no disponen de un tiempo específico dedicado a la docencia de los estudiantes. “La troncalidad exige realizar un esfuerzo mucho mayor en este ámbito, y me preocupa cuán alejado está de la realidad asistencial. No podemos dejar la formación solo en la espalda de los tutores, sino que debemos definir el papel de los médicos que no son tutores”, pide Pilar Garrido.

Para la presidenta del Consejo Nacional de Especialidades de Ciencias de la Salud, es fundamental el papel que desarrollan los tutores en la formación sanitaria especializada, por lo que reclama “su reconocimiento documental, a través de la acreditación, el reconocimiento en la carrera profesional, en los méritos aplicables al acceso de plazas, la prioridad formativa, los incentivos retributivos y, especialmente, el reconocimiento en el propio servicio”.

Cambio de actitud y compromiso

Pilar Garrido considera que la ciencia actual necesita un enfoque interdisciplinar y una adecuación a la demanda asistencial. La implantación de la troncalidad supone “una decidida apuesta por la incorporación de elementos de innovación docente”. Asimismo, es imprescindible la adaptación de las estructuras docentes a los nuevos programas y a los correspondientes requisitos de acreditación de centros y unidades docentes. “Para mí es fundamental movilizar el liderazgo académico y profesional, y para ello tendremos que facilitar el cambio de actitud, algo que solo se puede hacer desde el compromiso. Alcanzar este objetivo solo será posible con el respaldo de las instituciones políticas y de las Administraciones central y autonómicas, así como el organigrama y la organización de cada hospital”.

“Ahora esto lo hacemos a coste cero, y no puede seguir así. Hay que mejorar la inversión en educación sanitaria, y debemos alinear las iniciativas de todas las

entidades y las comunidades autónomas, no podemos tener 50 diferentes, que luego colisionan”. Además, hay que favorecer la innovación en educación profesional. “A todos nos debe ligar el ‘continuum’ formativo desde la Universidad”, añade.

Al hablar del registro oficial de hospitales universitarios, Juan Antonio Vargas, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, lamenta, que ni siquiera exista, “solo hay uno de centros con acreditación docente en España”. En su opinión, los retos del hospital universitario pasan por una mayor implicación de la organización sanitaria en la docencia de grado y posgrado. Además, debe establecerse un nuevo modelo de relación de los profesionales sanitarios con la universidad. En la misma línea que Pilar Garrido, asegura que para lograr la motivación es imprescindible el reconocimiento y la incenti- vación de las actividades docentes.

Vargas propone diversas medidas para fa- vorcer la motivación de los docentes en el hospital universitario. Así, considera que “la misión” docente e investigadora debe

incumbir a todo el hospital, y a todos los servicios. Para evitar la sobrecarga de trabajo, en la jornada laboral de los profesionales deben definirse los tiempos para la asistencia, la docencia y la investigación. En toda esta labor debe haber mecanismos

de garantía de calidad, con la valorización de los resultados. Además, es importante estimular la carrera universitaria de los profesionales sanitarios, por medio de plazas vinculadas.

El rotatorio clínico es una de las principales novedades de los últimos tiempos, y debe potenciarse desde las jefaturas de servicio, como solicita el decano de la Autónoma de Madrid, ya que “los estudiantes

se muestran muy satisfechos de poder integrarse en los diferentes servicios donde rota”. Otras iniciativas mencionadas por Juan Antonio Vargas son el plan de acción tutorial para cursos clínicos, la utilización del cuaderno de prácticas clínicas, el desarrollo de los laboratorios de habilidades clínicas o el trabajo de fin de grado.

Incentivos no económicos

Por su parte, el director gerente del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, José Soto, también habla del trinomio ‘asistencia, docencia e investigación’ como eje fundamental de un centro sanitario universitario. “Nosotros no quisimos cambiarnos de nombre a hospital universitario, porque al llamarnos clínico ya implica que somos universitarios. Tampoco somos adscritos o asociados a la universidad, somos universitarios. La docencia en nuestros hospitales debe ser relevante, tenemos que formar a nuestros profesionales para ser más efectivos con los menores costes posibles”. Respecto a la incenti- vación de los docentes, Soto no es partidario de “pagar un incentivo a todos por realizar un papel en

docencia”, y, en todo caso, “los incentivos no tienen por qué ser en forma de más dinero”.

En cuanto a las innovaciones en la enseñanza clínica, Fernando Caballero, director académico de Medicina

de la Facultad de Ciencias Biosanitarias de la Universidad Francisco de Vitoria, analiza “los pros y los contras” de la simulación en el entorno clínico virtual. Entre las principales virtudes, destaca que se trata de un método de aprendizaje “planificado, intensivo, progresivo y estandarizado”, en el que el alumno tiene un protagonismo especial, con la posibilidad de adquirir una seguridad y un estilo que en la práctica real es más difícil conseguir.

En el lado de los ‘contra’, Fernando Caballero señala que la simulación clínica necesita unos recursos añadidos, así como tiempo individual tanto del profesorado como de los alumnos. Otra cuestión pendiente es definir de qué departamentos dependería este tipo de formación simulada y qué créditos se pueden conseguir. Felipe Caballero se refiere a “los principios pedagógicos del aprendizaje en simulación”, y señala que “el conocimiento y la experiencia no garantizan el aprendizaje”. “La reflexión promueve la transferencia de conocimiento y experiencia. La repetición afirma ese aprendizaje”.

El presente y el futuro de los avances tecnológicos en formación médica también son analizados por Juan Antonio Juanes, profesor titular del Departamento de Anatomía e Histología Humanas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Los sistemas tecnológicos de entrenamiento clínico son “más asequibles y menos costosos”, dice especialista, que también forma parte del Grupo de Investigación VisualMed Systems.

Juan A. Juanes explica ejemplos prácticos de entornos virtuales de simulación que se emplean actualmente, como las aulas y los quirófanos, la auscultación cardiaca, la exploración ecográfica o los abordajes quirúrgicos laparoscópicos. “El uso adecuado de estas herramientas tecnológicas permite afrontar situaciones con las que se encontrará el usuario en su labor médica profesional”. Así, el alumno podrá adquirir habilidades clínicas en menos tiempo, aprender de los errores propios y afrontar experiencias prácticas en diferentes situaciones clínicas. En cualquier caso, como puntualiza el profesor Juanes, “un simulador nunca podrá compararse totalmente con la realidad, porque tiene ciertas limitaciones y no puede suplir totalmente a la formación en contacto con una situación real”.

En definitiva, la formación médica evoluciona con las nuevas tecnologías, pero sigue anclada en los mismos problemas de motivación e incenti- vación de los docentes ■



Procuramos
aliviar,
ayudar
y
acompañar
a las personas con dolor,
sufrimiento y discapacidad

Salvador Tranche

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Texto | Clara Simón Vázquez

Foto | semFYC



“Procuramos aliviar, ayudar y acompañar a las personas con dolor, sufrimiento y discapacidad”

¿Cuáles son sus objetivos prioritarios en semFYC?

Tenemos muchos objetivos en mente, entre los que destaco nuestra relación con la masa social, seguir desarrollando los modelos participativos, como el modelo de congresos, el código ético y la página web, que ya se han iniciado, y al que hay que añadir el desarrollo de la vocafía de socios para dar respuesta a las diferentes necesidades y requerimiento de nuestros socios y socias. En un plano social, seguimos apostando por el derecho a la universalización de la asistencia sanitaria, nuevamente limitado con una reciente sentencia del Tribunal Constitucional. No nos podemos olvidar ni de la universidad ni de la investigación. Con respecto a lo primero, queremos consolidar y potenciar el carácter académico de la Medicina de Familia con el desarrollo de la Academia de Medicina de Familia de España, constituida junto a las otras dos sociedades de Medicina de Familia, y en cuanto a la investigación, trabajamos en potenciar la investigación en Medicina de Familia usando nuestro entorno asistencial y optando a proyectos europeos. También es un objetivo importante para nosotros seguir promoviendo la presencia de semFYC en el ámbito internacional.

¿Y en relación con los gestores?

Queremos seguir reivindicado la necesidad de apostar por la Atención Primaria con la asignación de presupuestos reales y me atrevería a decir que dignos. Y también fomentar una apuesta por el desempeño de los médicos de familia en otros ámbitos como las urgencias, los cuidados paliativos, la docencia, etc.

¿Cuáles son los problemas diarios con los que se tienen que enfrentar los médicos de familia?

En el ámbito de relación con nuestros pacientes, los médicos de familia vemos diariamente dolor, sufrimiento, discapacidad... y contra ellos luchamos con nuestros recursos procurando aliviar, ayudar y acompañar. En cuanto a lo que nos impacta directamente en el desarrollo de nuestra actividad, y en consecuencia, en la calidad del servicio que prestamos a los pacientes, diría que depende del ámbito. Por ejemplo, entre los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria y urgencias, creo que lo más generalizado es la sobrecarga asistencial motivada tanto por una demanda creciente como por la falta de contrataciones; las condiciones laborales con contratos cortos, discontinuos, por horas, de “acá para allá”, etc o la limitación al acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas.

¿De qué salud goza la Atención Primaria en nuestro país?

Pues no sé muy bien si tiene una mala salud de hierro o está en boxes de observación. La realidad es que la crisis económica ha tenido un impacto mucho mayor en Atención Primaria que en el ámbito hospitalario. Para el quinquenio 2010-2014, mientras la atención hospitalaria veía decrecer su presupuesto en un 2,2 por ciento, la Atención Primaria disminuyó más del doble: un 5,2 por ciento en el mismo periodo. Si tenemos en cuenta que la presencia de la tecnología en el ámbito de la Atención Primaria es muy baja, es fácil deducir que ese decrecimiento se ha

producido fundamentalmente a expensas de una reducción de gasto en recursos humanos y de personal.

Y, ¿qué se puede hacer en este sentido?

Creo que es necesario abandonar el discurso del desánimo y la resignación. No es tiempo para el diagnóstico sino para el tratamiento, tiempo para la acción. Hemos publicado recientemente el documento de Revitalización de la Atención Primaria del Futuro, que recoge propuestas a desarrollar por parte de todos los que participan en el ámbito sanitario: administraciones, gestores, sociedades científicas, profesionales, etc. Pero nada de esto será posible si no ponemos la Atención Primaria en la agenda de los políticos y por eso reclamamos la realización de un Consejo Interterritorial específico de Atención Primaria que aborde, proponga y desarrolle propuestas para revitalizar la Atención Primaria en nuestro país.

¿Qué medidas piensan tomar para mejorarla?

Una acción importante en un marco general es la realización de ese Consejo Interterritorial al que hacíamos referencia, pero es a nivel autonómico donde deben desarrollarse políticas de mejora de la Atención Primaria y eso pasa por dignificar la Medicina de Familia con contratos estables, incrementando la capacidad de resolución, dotando de mayor autonomía a los profesionales, reduciendo las actividades que no aportan valor al acto asistencial (disminuir la burocracia, desarrollar la receta electrónica, promover las consultas no presenciales para procedimientos no clínicos, etc). Las iniciativas son múltiples, evidentemente, algunas suponen incrementar el gasto pero muchas otras solo

conlleven decisión y cambios organizativos. Y escuchar a los profesionales, porque tenemos propuestas para aportar y ayudar a mejorar la situación.

El primer nivel de asistencia es clave en la prevención y en la educación para la salud. ¿Se cuenta con el tiempo necesario para llevar a cabo esta labor?

Rotundamente no. No se dispone de tiempo para ninguna actividad salvo las puramente asistenciales. Creo que las actividades preventivas tienen, en general, un desarrollo aceptable, aunque mejorable. No ocurre así con las de educación para la salud, cuya implantación es demasiado baja. En este momento necesitamos tiempo para hacer una Medicina más reflexiva, más serena. La complejidad clínica es cada vez mayor por el envejecimiento de la población, donde la presencia de patologías crónicas más complejas y en mayor número en cada paciente obligan a dedicar más tiempo a cada uno de ellos.

¿Cómo se puede mejorar la asistencia a los crónicos?

Pues en primer lugar, y yo creo que como elemento absolutamente clave, teniendo una Atención Primaria fuerte, que es algo que, como hemos visto en las preguntas anteriores, se va paulatinamente deteriorando. La mejor atención a los crónicos se realiza con una Atención Primaria accesible, adecuadamente dimensionada y presupuestada, que ofrezca atención integral y longitudinal. También se debe mejorar la continuidad asistencial, lo que pasa por establecer nuevos circuitos asistenciales, desarrollar e implantar sistemas de información clínica orientados a los profesionales (historia clínica electrónica con acceso para ambos niveles asistenciales, disponer de información clínica orientada a la toma de decisiones clínicas no sólo administrativas, etc).

¿Puede destacar los puntos positivos y negativos de la Estrategia para el

Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud?

Lo más positivo es que se haya elaborado una estrategia de atención a la cronicidad intentando transformar el sistema sanitario de un modelo de atención a agudos a un modelo orientado a las patologías crónicas. Lo peor, que esta transformación no sólo no se ha producido, sino que en algunos sitios únicamente es una propuesta documental sin ningún desarrollo posterior y en algunos casos sólo ha servido para crear nuevas estructuras con un impacto muy limitado.

¿Existen diferencias asistenciales por comunidades autónomas?

Sin ninguna duda existen diferencias no sólo en la estrategia de cronicidad sino también en cartera de servicios, gasto sanitario por habitante y por tanto, en recursos, listas de espera, etc.

¿Cómo se maneja el acceso a los nuevos medicamentos?

Aquí también existen diferencias por Comunidades Autónomas, entre aquellas las que facilitan el acceso al fármaco una vez aprobado por el Ministerio de Sanidad (Agencia Española del Medicamento), quizá con la obligatoriedad de visado, y otras que añaden al visado la limitación hospitalaria (las menos). Estas últimas suponen una agresión para la Atención Primaria, porque impiden la posibilidad de prescripción del fármaco por parte del médico de familia. Entendemos que una vez aprobado el visado, este debería ser de aplicación tanto en el ámbito de Atención Primaria como hospitalaria, en igualdad de condiciones.

En cuanto a la presión por el ahorro, ¿cómo se canaliza para seguir dándole al paciente lo más adecuado?

La presión por el ahorro se ha orientado muy especialmente al gasto farmacéutico y dentro de él, al gasto farmacéutico en Atención Primaria. Cada vez hay en este campo menos margen de mejora en Atención Primaria. Si el foco del ahorro se quiere mantener en el gasto farmacéutico, es hora de mirar hacia el gasto hospitalario en farmacia. Si elevamos la mirada y buscamos soluciones más integrales, deberíamos optar por buscar o implantar acciones más globales como las iniciativas NO Hacer, que inciden sobre aquellas actividades que no aportan nada al beneficio de los pacientes o su evidencia es escasa o, incluso, pueden ser perjudiciales para los pacientes. Asimismo, el impacto sobre el gasto puede ser muy notable si se comienza a evaluar con rigor la introducción e implantación de nuevas tecnologías en el sistema sanitario.

¿Cuál es el nivel de participación de los profesionales de primaria en la semFYC?

La mejor atención a los crónicos se realiza con una Atención Primaria accesible, adecuadamente dimensionada y presupuestada, que ofrezca atención integral y longitudinal

Pues extraordinariamente alto sin comparación posible con ninguna otra sociedad científica. Al diseño federal de nuestra sociedad se añade que en los últimos años hemos puesto en marcha tres procesos participativos, abiertos a

socios e incluso a no socios, como han sido el código ético, el modelo de congresos que quieren los socios y el diseño de la página web de la sociedad. Ahora, con la creación de una vocalía de socios y socias, incrementaremos aún más la participación con el diseño de propuestas de formación personalizadas según segmentos de interés (residentes, jóvenes médi-



ENTREVISTA Salvador Tranche

cos de familia, médicos de familia que desempeñan su actividad en urgencias, unidades docentes, etc.).

Los nuevos especialistas, ¿tienen interés por formar parte de semFYC?

Pues claro que sí, y lo demuestra el hecho de que alrededor de un 35 por ciento de nuestros asistentes al congreso son residentes y jóvenes médicos de familia.

¿Cuáles son los aspectos que más demandan los socios?

Las demandas de los socios se ajustan a los principios éticos de la sociedad: la defensa de la Medicina de Familia en todos los ámbitos, como el laboral, el docente, el profesional; la defensa del sistema sanitario público; el apoyo de la sociedad para el desarrollo profesional, curricular y competencial; la participación en grupos de trabajo y la investigación sobre el propio trabajo.

¿La formación es uno de ellos?

Sí, es uno de los más importantes y al que procuramos dar respuesta renovando y actualizando tanto los contenidos como la metodología de formación. El año pasado participaron en cursos y programas de formación más de 12.000 médicos de familia. Y en ésta línea de innovación y propuestas abiertas, semFYC ha sido la primera sociedad científica de España en organizar un curso online masivo abierto (MOOC, en sus siglas en inglés), con una participación de casi 800 profesionales.

¿Cuál es la relación que mantienen con otras sociedades científicas?

Yo diría que excelente. Con las otras dos sociedades de Medicina de Familia constituimos la Academia de Medicina de España, que en el momento actual

está terminando sus estatutos. Y tenemos un espacio abierto de debate y participación sobre la unificación de las tres sociedades, que más tarde o más temprano llegará, por la necesidad de defender la Atención Primaria, la Medicina de Familia, y hacerlo con una única voz. Colaboramos estrechamente

Creo que es necesario abandonar el discurso del desánimo y la resignación

con Medicina Interna en diferentes temas, como la cronicidad o la defensa de las ACES de Urgencias e Infecciosas, y donde están incorporadas también las otras Sociedades de Medicina de Familia y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Participamos en FACME, en el Consejo Español de RCP, en el Consenso sobre Enfermedad Renal Crónica con otras 14 sociedades científicas.

¿Cuál es la relación con las sociedades internacionales?

Participamos activamente en la Sociedad Europea y Mundial de Medicina de Familia (WONCA) y en sus diferentes grupos de trabajo, como el de investigación, docencia, calidad, salud mental y crónicos. Además, estamos muy presentes en el movimiento Vasco de Gama, que aglutina a los jóvenes médicos de familia, y que es muy activo en nuestro país, con actividades formativas como la de los intercambios internacionales, en las que jóvenes médicos de familia rotan en otros sistemas sanitarios para aprender cómo funcionan.

¿Cómo se puede potenciar y aumentar la presencia española en los foros internacionales?

Llevamos aumentando esa participación desde hace años y continuamos haciéndolo. Este año en el Congreso de WONCA, que se celebra los primeros días del mes de noviembre, la presencia de semFYC es la más importante de los últimos años,

con presentación de numerosas comunicaciones, ponencias, moderación de mesas, etc. Una gran oportunidad de prestigiar la Medicina de Familia española en el ámbito internacional.

Teniendo en cuenta nuestro Sistema Nacional de Salud, ¿qué nos diferencia de los países de nuestro entorno?

Comparándonos con países de un sistema sanitario similar al nuestro, yo diría que somos uno de los países con un sistema más eficiente y con mejores resultados. Un reciente trabajo publicado por la OMS (Building primary care in a changing Europe, que analiza 115 indicadores sobre estructura, proceso y resultado) sitúa a España en tercera posición, tras Reino Unido y Países Bajos en cuanto a criterios estructurales y de los más destacado en términos de accesibilidad, continuidad, etc. Una diferencia quizá sustancial para el futuro inmediato es que en estos países de nuestro entorno, cuando objetivan la situación de la Atención Primaria, inmediatamente intentan corregirlo con cambios organizativos y nuevas asignaciones presupuestarias. En nuestro país, escuchamos el mismo discurso pero no se acompaña de medidas innovadoras para la Atención Primaria ni de reconocimiento para la Medicina de Familia.

¿Cuál es el nivel de la investigación en Atención Primaria?

Tenemos que reconocer que mejorable, aunque si miramos hacia atrás, el cambio ha sido extraordinario, impensable hace bien pocos años. Cada vez se consiguen más ayudas de organismos y agencias nacionales y europeas para la investigación en Atención Primaria, en competencia con otros muchos proyectos. La revista Atención Primaria, año a año va aumentando su factor de impacto. Vamos mejorando, quizá no al ritmo que nos gustaría, pero sin dejar de avanzar ■

BÚSQUEDA DE **CURSO ONLINE**
INFORMACIÓN BIOMÉDICA
EN **INTERNET** PARA

Inscripción
abierta



ESPECIALISTAS EN
CARDIOLOGÍA

<http://cursos.gruposaned.com/bibcardio>



desc



El Big Data Sanitario:

una herramienta (aún)

onocida

Texto y fotos | David Gallego



Las XXIII Jornadas Nacionales de Informática Sanitaria en Andalucía 'Innovación y Salud', celebradas en junio en Torremolinos, pusieron de manifiesto que aún queda mucho por avanzar en el tratamiento y aprovechamiento de los datos de los pacientes en los sistemas de Salud

Se imaginan un futuro en el que cuando el paciente entra por la puerta de la consulta el médico que le atiende conoce inmediatamente sus niveles de azúcar, su tensión arterial e incluso sus hábitos de vida en las últimas semanas y meses? Esta es la promesa que encierra el Big Data, un concepto muy nuevo, pero que ya tiene una presencia destacada en muchos ámbitos cotidianos. La acumulación de datos estadísticos recopilados gracias a los nuevos sistemas informáticos son una realidad a la que tampoco escapa el ámbito de la salud, pero el sistema todavía no está preparado para gestionar y aprovechar este torrente de datos que podrían hacer realidad una atención sanitaria totalmente personalizada. Aún se desconoce mucho de las implicaciones y las posibilidades de esta tecnología de cara a un futuro en el que va a jugar un papel creciente.

Sobre los retos de esta nueva tecnología y sobre sus posibilidades en el sistema sanitario giraron las XXIII Jornadas Nacionales de Informática Sanitaria en Andalucía 'Innovación y Salud', un evento organizado por la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) que reunió el pasado mes de junio en Torremolinos (Málaga) a 250 expertos de toda España para debatir sobre la implantación de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario. Las jornadas trataron temas como la confidencialidad de los datos clínicos, los aspectos legales, la necesidad de emplear tecnologías cada vez más avanzadas, el impacto en la investigación sanitaria y la propia integración de los datos en el sistema de salud y cómo aprovecharlos.

Entre los profesionales que atendieron las jornadas se encontraban tanto cargos públicos de los sistemas sanitarios de Andalucía, Madrid, País Vasco y Cantabria como de las principales empresas que trabajan en el plano de la informática de la salud. Las jornadas contaron con varios talleres de trabajo multidisciplina-

rios cuyas conclusiones se presentaron en la clausura de las jornadas de manera conjunta, contando con representantes de cada una de las mesas y de los propios coordinadores de las jornadas. El primer

taller se desarrolló bajo el título 'Aspectos éticos y normativos', el segundo trató el 'Impacto organizativo', el tercero abordó los 'Impactos del Big Data en gestión y planificación' y el cuarto los 'Impactos del Big Data en el ámbito clínico-asistencial e investigador'. La sesión de conclusiones contó además con la presencia del subdirector general de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que valoró positivamente el desarrollo de las jornadas.

La organización en lo público y el papel de la empresa privada

Una de las principales preocupaciones expresadas en el Congreso fue que el sistema sanitario se quede atrás ante el empuje de las empresas privadas. Que no sepa aprovechar el momento, enfangada en debates éticos que las empresas ya han resuelto. "La informática va a modificarlo todo por completo. Y además está avanzando a un ritmo cada vez más acelerado. Hace seis años era anecdótico lo que se hacía, hace cuatro años empezó a

coger volumen y ahora ya tiene mucho contenido. Nosotros seguimos debatiendo qué es el Big Data, si tenemos que pedir permiso a los pacientes... Tenemos que ser conscientes de que o reaccionamos o el tren nos va a pasar por encima", explicaba de manera muy gráfica en la clausura el director técnico de las jornadas, Gregorio Gómez Soriano, que alertó de la necesidad de un "cambio cultural" respecto al Big Data.

"Todos nos cerramos con este tema y tomamos posiciones extremadamente conservadoras que no adoptamos con otros ámbitos y no somos conscientes de que estamos renunciando a beneficios. Hay que quitar esa carga a los datos de salud", destacó Gómez Soriano, que comparó la resistencia a entregar los datos personales de salud con la naturalidad con que se comparten los datos financieros con el Estado. "Hacienda no pide permiso", remachó.

En las conclusiones de las jornadas quedó claro que el debate no debe centrarse en si es posible usar determinadas tecnologías, sino en quién toma el liderazgo en este tema: la Administración o las empresas privadas. Así, por ejemplo, el responsable del Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud, Francisco José Sánchez Laguna, advirtió que los servicios públicos de salud corren el riesgo de quedarse atrás respecto al sector privado, que ya recopila datos de manera habitual a cambio de un servicio. Laguna fue uno de los encargados de presentar las conclusiones del cuarto taller.

"El ciudadano ya está haciendo Big Data sin saberlo y desde mucho antes que nosotros. Existen miles de herramientas que recogen datos a cambio de un servicio", explicó. Además, Laguna destacó que no se



trata de pensar en la formación de los profesionales médicos, sino en la manera en que van a utilizar las nuevas herramientas. “Los *millennials* ya son médicos. Se trata de que las herramientas las demos nosotros. Si las van a encontrar dentro de casa o las van a encontrar fuera”, consideró este experto, que apostó porque el sistema de salud tome las riendas y lidere la transformación digital de la Sanidad.

Para Laguna los beneficios están claros: “Menos coste, un impacto positivo en salud de la población y una atención mucho más personalizada”. Este experto ve claro que al final grandes empresas como Apple o Google ofrecerán un servicio y la gente le dará los datos. “Nos vamos a quedar fuera”, insistió. Pero Laguna también puso sobre la mesa otro hecho importante: el Big Data es un concepto tan nuevo que no solo no se conoce aún en profundidad, sino que no se puede predecir a qué clase de descubrimientos podrá llevar a la comunidad médica.

“Es un libro que está por escribir. Los casos de uso no se conocen. El Big Data nos tiene que enseñar caminos, formas de trabajar, nos tiene que dar información de cosas que ni sabemos ni sospechamos”, destacó Laguna. Entre las conclu-

siones que salieron del cuarto taller se encontró el esfuerzo por cambiar los modelos de trabajo. “Que no acabemos llamando Big Data a la misma explotación de datos que se realizaba antes pero con una nueva tecnología”, explicó el experto, que abogó por buscar nuevas maneras de trabajar.

Buena parte de esta preocupación giró en torno al auge de los *wearables*, aparatos que pueden recopilar información sobre nuestro estado físico y en el que las pulseras deportivas son el principal exponente. Para Laguna no se trata de cerrarse a su uso en las consultas médicas. “No es una prioridad inmediata. La conclusión es: por qué no. Permitirán ver cómo han estado continuamente esos parámetros”, señaló. Para José Juan Moratilla Villaverde, Business Manager de Syngo Siemens, respecto a las pulseras y otros aparatos similares que dan el protagonismo al paciente, la pregunta pertinente es si el dato es bueno o es malo. “Hay que valorar que la herramienta esté certificada,

pero si estamos trabajando con Big Data, con gran cantidad de datos, y la calidad no es buena, se puede dar una distribución aleatoria. Podemos obviar el que el dato sea de calidad porque los datos menos buenos se distribuyen de manera aleatoria”, explicó.

En la jornadas hubo consenso en que el papel del sector público debe ser como mínimo fundamental para liderar el proceso. “El Big Data debe ser por lo menos nacional si no supranacional. Desde un punto de vista público, el ministerio debería ser uno de los adalides. Si no lo hace el ministerio lo hará una empresa privada

y estaremos en un punto diferente”, señaló Moratilla dentro de las conclusiones del tercer taller.

Muchos expertos apostaron porque el Big Data esté liderado desde un único organismo, como el Instituto de Salud Carlos III,

Muchos expertos apostaron porque el Big Data esté liderado desde un único organismo, como el Instituto de Salud Carlos III, que ya tiene un amplio historial de liderazgo en temas de salud

que ya tiene un amplio historial de liderazgo en temas de salud. “Se necesita algún tipo de coordinación y mecanismo para financiar esto de manera decidida,



REPORTAJE

El Big Data Sanitario: una herramienta (aún) desconocida

que esté en resonancia con una estrategia común”, explicó Miguel Ángel Montero, director de Servicios Sociales y Sanidad de El Corte Inglés, al presentar las conclusiones del primer taller. Según este grupo de trabajo el centro Carlos III cuenta con una estructura suficiente como para que pueda liderarlo.

El paciente como protagonista

Uno de los ejes fundamentales del cambio que traerá el Big Data se basa en poner al paciente en el lugar protagonista de su atención médica. “El Big Data va a

tender a una provisión de servicios personalizados para el usuario como se está haciendo en otras industrias”, destacó Enrique Palau Beato, director de Estrategia y Porfolio en Salud de Atos. De una manera parecida lo defendió Moratilla: “Los ciudadanos con el banco podemos gestionar nuestra cartera, pero en la Sanidad no somos capaces de gestionar nuestra salud. El paciente debe ser responsable, tiene que participar en la gestión de su salud. Con el mundo del Big Data, esto puede pasar o puede ser un cambio importante en ese sentido”, señaló.

Para Laguna, además, es importante empezar a dar más protagonismo al ciudadano y hacerlo corresponsable de su salud, huyendo del paternalismo. En su opinión, una de las grandes oportunidades del Big Data vendrá en el momento en que el propio paciente pueda gestionar sus datos de salud y realizar un itinerario personalizado, en lugar de seguir recomendaciones generales. “El Big Data puede usarse para la toma de decisiones como se hace en otras industrias: hay que lograr que el cliente sea partícipe: Se autopresta el servicio

porque le ofrecemos posibilidades”, señaló.

El concepto del tratamiento en tiempo real se presentó como uno de los cambios de mayor importancia que traerá el Big

Una de las grandes oportunidades del Big Data vendrá en el momento en que el propio paciente pueda gestionar sus datos de salud y realizar un itinerario personalizado, según Francisco José Sánchez Laguna

Data. Así se expresó dentro de las conclusiones del cuarto taller, que animó a explorar las posibilidades tanto para el tratamiento de pacientes individuales como para la actuación en momentos de crisis sanitarias. La integración de los datos médicos con otros parámetros de la población será otro

elemento interesante para tener una visión más global de la situación y poder pasar a otra de las ventajas del uso del Big Data: la predicción de situaciones de riesgo.

Pero no solo se va a tratar de que la asistencia esté más personalizada, sino de que cambiará la propia manera en que trabajarán los profesionales sanitarios, que podrán descargarse de muchas tareas de las que podrá encargarse un sistema automatizado, que tome decisiones en función de los datos que se conocen del paciente. “Muchos procesos podrían ser auto-

matizados. Los profesionales médicos lo que harían sería especializarse en problemas específicos y se apoyarían en estos procesos automáticos, en la toma de decisiones automáticos que nos proporcionaría el Big Data”, explicó José Antonio Alonso Arranz, director General de Sistemas de Información Sanitaria en

el Servicio Madrileño de Salud, en su presentación de las conclusiones del segundo taller.

Para llegar a este punto, las conclusiones de las jornadas pusieron el acento en la transparencia como un elemento fundamental que apareció prácticamente en todas las ponencias y que se entiende como la llave para que el paciente confíe en la nueva tecnología. “La seguridad se consigue con la transparencia: que el ciudadano sepa qué se está haciendo con sus datos”, explicó Moratilla. Este concepto centró también buena parte de las conclusiones del primer taller de trabajo, que estableció como un principio fundamental que el ciudadano conozca el destino de sus datos, explicando en todo momento para qué se han usado, en qué estudio concreto y de forma continua en el tiempo: si en algún momento se usan en otro estudio distinto al original. También poniendo énfasis en los objetivos que se pretendían y en si se han alcanzado esos objetivos.

Pero no solo se trata de que se comunique al paciente, sino de que los datos que se proporcionen sean entendibles, por lo que se apostó por un sistema que se adapte al conocimiento del usuario, pero que tenga vocación de ofrecer una información más amplia y progresiva. Otro punto importante es el de la respon-

“La seguridad se consigue con la transparencia: que el ciudadano sepa qué se está haciendo con sus datos”, explicó Moratilla

sabilidad del tratamiento de los datos: el paciente debe poder saber qué organismo es el responsable de los datos que ha facilitado. “El paciente tiene que saber los riesgos y tiene que conocer los resultados del estudio al que sus datos se han incorporado”, señaló Montero.

Formación y transparencia

Adaptar los aspectos normativos y legales a la nueva situación se expresó como otra



prioridad, una que requerirá también de un esfuerzo formativo dirigido no solo a la ciudadanía sino a los legisladores para que la regulación se adapte a las necesidades del sector sanitario. Así lo expresó Montero: “Los políticos están en una situación y los ciudadanos en otra. Tenemos una responsabilidad como sociedad científica para explicar esto. El Big Data no es el coco que viene a comerse a los ciudadanos. Hay que intentar explicar o que nos dejen que les expliquemos. Al final de este tipo de reuniones tienen que salir propuestas y tenemos que conseguir que se convierta en debate. Intentar explicar al legislador que esta tecnología permitiría mejoras”, señaló. Para Monte-

ro, además, “la información hay que convertirla en conocimiento”, por lo que no se trata solo de acumular datos, sino de hacerlo cuando existe una necesidad sobre la que se está trabajando.

La importancia de un comportamiento ético entre los profesionales sanitarios, más que la existencia de una regulación, fue una de las recomendaciones que emanaron del primer taller. También en el tercer taller se recordó que el Big Data puede aportar conocimiento, pero no evidencia. Para ello siguen haciendo falta las herramientas de análisis del método científico, que no queda abolido ni superado por esta nueva manera de trabajar.

Entre las conclusiones que se alcanzaron en este tercer taller destacó también la petición de un sistema de coordinación interregional. “No volvamos a que lo que se hace en Andalucía sea aislado y no se comparta con lo que se hace en Castilla La Mancha o en Galicia. Hace falta una estrategia más global”, detalló Moratilla, encargado de presentar las conclusiones de este taller. Esta apuesta, en opinión de este grupo de trabajo, debe ir también más allá, al ámbito de la financiación. Se trata de captar fondos europeos con una estrategia global, de todas las comunidades, no con distintos proyectos pequeños.

Pero el cambio en los modelos de trabajo también se dirige hacia la apuesta por una colaboración público-privada basada en los resultados y no tanto en la compra de la tecnología en sí. Un modelo en el que se debe pagar según el valor obtenido con la herramienta. “La moneda ya no es el euro, puede ser el dato”, explicó Moratilla.

En todo caso, se criticó también la distancia que existe aún entre el día a día de los profesionales sanitarios y los avances técnicos. “El mundo de la informática sanitaria y el mundo clínico siguen muy alejados”, advirtió Palau, que consideró necesario que se implemente “un diseño multidisciplinar de los datos y del gobierno de las instituciones sanitarias”. En este punto, hubo coincidencia en la necesidad de una mayor formación. Sobre el papel de la universidad, se reconocen avances, pero aún muy lejos de lo que se necesita en el sector.

“Que yo sepa la formación de los profesionales sanitarios no hay o debe ser muy poca y es una pena. Porque hay que saber formular las preguntas y para eso hacen falta habilidades que no todos tenemos”, había señalado ya tras el arranque de las jornadas el Coordinador de Informes de la SEIS, Javier Carnicero Giménez de Azcárate, que presentó el informe 'La explotación de datos de salud. Retos, oportunidades y límites', que abrió las jornadas.



La titularidad de los derechos

Otro frente que genera mucha polémica es el de la propiedad de los datos. Un debate complicado no solo por el lado de los pacientes, sino el de los propios profesionales sanitarios que en muchos casos no están dispuestos a compartir los resultados de un estudio o a ceder la información relativa a un tratamiento. “Un problema del que no se suele hablar es la propiedad de los datos y no me refiero a los pacientes, me refiero a los profesionales, que no están dispuestos a compartir”, lamentaba Carnicero, para quien el problema en el lado de los pacientes no es tal. “Los derechos de los pacientes no son un problema, son una limitación. Hay que conseguir disociar los datos de identificación de los datos clínicos. Si se consigue no debería haber problema. Pero cuando se manejan muchos datos, sorprendentemente se puede llegar a identificar a las personas”, advertía.

Precisamente, los aspectos éticos en el tratamiento de la información acapararon buena parte de la atención en el transcurso de las jornadas. Particularmente la garantía de confidencialidad, al tratarse de datos de una naturaleza muy delicada. Un tema que todavía despierta bastante suspicacia y resistencia. Sin embargo, las conclusiones del primer taller fueron tajantes en este sentido: El debate sobre la propiedad es estéril. La propiedad es de las personas y la responsabilidad de custodia de las entidades responsables de los ficheros.

Uno de los conceptos que se mencionaron fue el de la pseudoanonimización de los datos. Un tema que ya ha sido regulado por la Unión Europea y que alude a los datos que no están directamente relacionados con un individuo, pero que pue-

den ser atribuidos a una persona concreta gracias a datos adicionales. Por ello, las jornadas recomendaron una disociación de los datos desde el mismo origen y una revisión constante de los protocolos de seguridad. De este modo, la conclusión es que la regulación debe ser sencilla, pero también dinámica y flexible para

Alonso defendió la necesidad de crear perfiles especializados para liderar la estrategia de analítica de datos

irse adaptando a distintos tipos de situaciones. Sin embargo, hubo consenso en la necesidad de presentar este tipo de tratamiento masivo de datos como una oportunidad no tan distinta de otras que no acaparan tanta atención mediática. “Todos los temas que enfocamos desde punto de vista legal en mi opinión son más problemas de cambio de mentalidad que propiamente legales”, consideró Palau.

El tratamiento de los datos y su aprovechamiento para mejorar la gestión del sistema de salud se presentó también como un paso necesario por parte del director científico de las jornadas, Jesús Galván. “Tenemos un sistema solidario. Un sistema que comparte órganos de un fallecido. En el que un medicamento de alto coste unitario lo pagamos entre todos. Un sistema solidario obliga a compartir información, a compartir los efectos de eso que pagamos entre todos y a decidir con criterios explícitos qué camino hay que recorrer”, explicó Galván.

En todo caso, debe existir una regulación clara. En este sentido se manifestaba también Montero, que coordinó el taller sobre los desafíos éticos y normativos. “La titularidad del derecho sobre los datos es de las personas, obviamente, aunque el valor de los mismos puede ser regulado, puede ser utilizado con fines lícitos por parte de las organizaciones o entidades que los producen. La conclusión no es que en cualquier

caso se pueda utilizar, sino que hay que definir para qué se va a utilizar”, explicó el experto, que recordó que una corriente importante en este grupo de trabajo había abogado porque los datos sean siempre abiertos y que se puedan usar en todo momento.

La existencia de una normativa demasiado extensa, en todo caso, también centró una parte importante del debate, como quedó de manifiesto en el grupo que debatió este asunto. “Hay tanta normativa que no somos capaces de cumplirla. Hay que hacer normas más sencillas. De nada sirve una norma que no se puede cumplir. Hay que establecer cómo vamos a rendir cuentas y explicar a la ciudadanía”, señaló Montero.

De manera similar expresaba el problema Alonso, que fue el encargado de coordinar las conclusiones en el segundo taller, dedicado al impacto organizativo del Big Data. “Encontramos barreras en cuanto a la propiedad del dato. En las organizaciones hoy en día ciertas áreas son las propietarias de ciertos datos, pero el dato debe ser abierto, no debe tener propietario dentro de la organización”, explicó el experto.

Alonso defendió además la necesidad de “crear perfiles especializados para liderar la estrategia de analítica de datos”. Para el técnico del Servicio Madrileño de Salud es el momento de incorporar a las organizaciones sanitarias perfiles técnicos específicos que puedan encargarse de este área con garantías y que sobre todo tengan la formación necesaria para implementar estas soluciones de manera eficaz. En este sentido uno de los mayores retos es el de la actualización constante de los sistemas informáticos. Un requisito imprescindible para mantener la seguridad de los datos. “La tecnología permite que los datos sean cada vez más seguros, pero hay que invertir en utilizar las tecnologías más seguras cada momento”, destacó también Montero ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
Lyceum

Lyceum nace para ser la plataforma de referencia en formación médica continuada, con acceso a más de 1000 obras de carácter médico-científico, más de 500 congresos, cursos de formación y apps disponibles para el **profesional sanitario**.

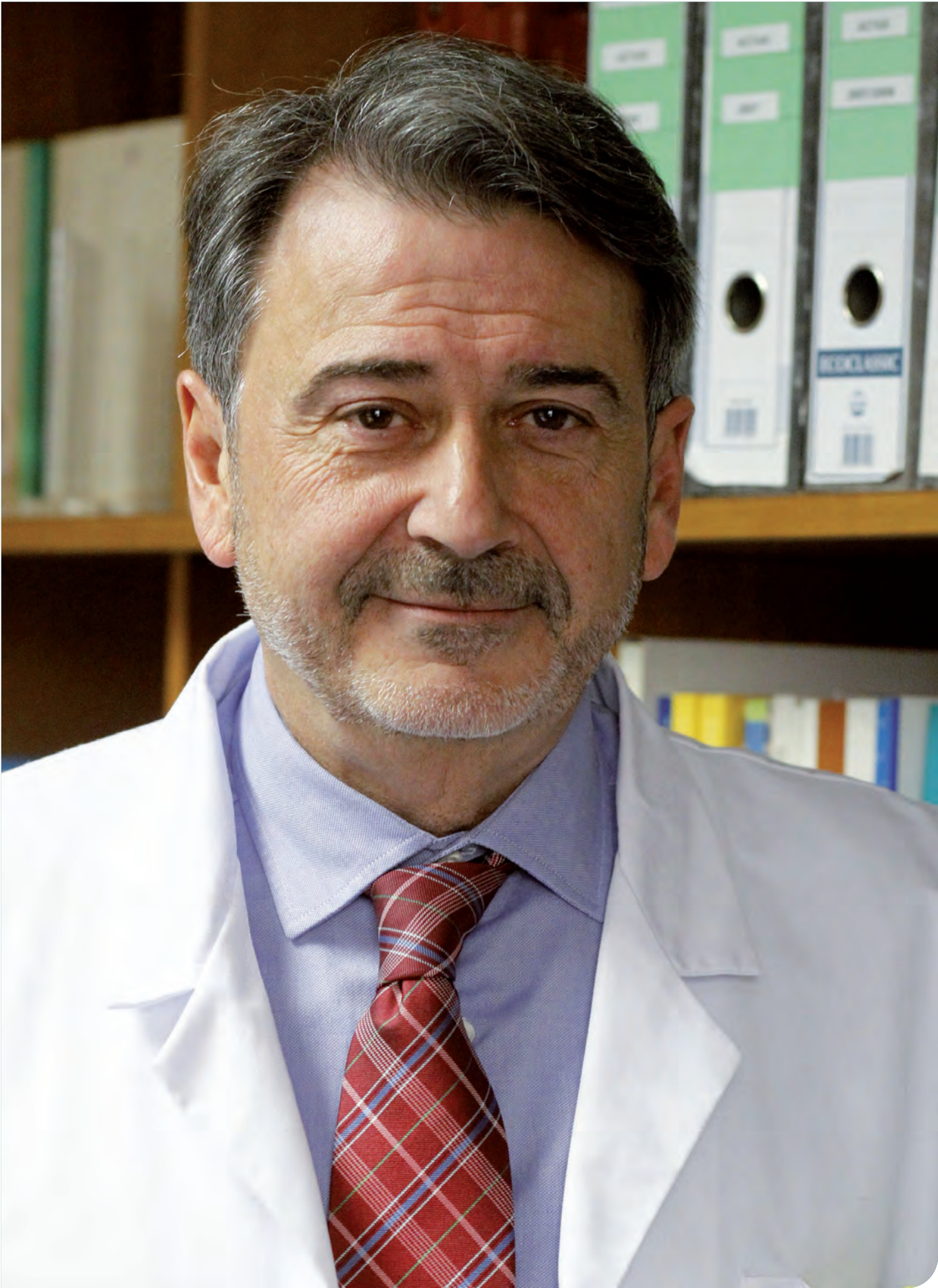
Lyceum

www.lyceum.es



saned
GRUPO

www.gruposaned.com



Las listas de espera son un indicador y una herramienta de gestión

Modoaldo Garrido

Vicepresidente de SEDISA y director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, de Madrid

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Archivo EL MÉDICO



“Las listas de espera son un indicador y una herramienta de gestión”

Es importante alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta. Por eso, las listas de espera se deben gestionar teniendo en cuenta una serie de parámetros que se recogen en el Documento de Posicionamiento sobre las Listas de Espera que está elaborando SEDISA. Su vicepresidente y director gerente del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en Madrid, Modoaldo Garrido, lo desgrana para EL MÉDICO.

¿Cuál es el objetivo del Documento de Posicionamiento sobre las Listas de Espera que está elaborando SEDISA?

La realización del posicionamiento de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) sobre la gestión de las listas de espera da respuesta al cumplimiento del objetivo fundacional clave, la profesionalización de la gestión sanitaria, en términos de la generación de informes y de contenidos que contribuyan al conocimiento profesionalizado de la labor gestora y directiva de la Sanidad. En este caso, se pretende establecer el marco y las líneas de actuación que sirvan de soporte teórico adaptable a la realidad e idiosincrasia de cada comunidad autónoma y servicio regional de salud.

¿Cómo se estructura?

El documento se estructura en tres grandes apartados: la definición del marco conceptual de la gestión de las listas de espera, la descripción de las posibles medidas e iniciativas que se pueden poner en marcha y el Plan Integral de las Listas de Espera, en el que se contemplan algunas claves para su desarrollo, tales como el tratamiento de la información, la legislación, las iniciativas que deberían ser incluidas, la utilización eficiente de los re-

ursos sanitarios, la colaboración con la Sanidad privada, la organización institucional y la gestión de los procesos administrativos y la garantía de la información. Además, se incluye un resumen ejecutivo en el que se plasman las 27 medidas principales que deberían ser implantadas por los servicios de salud para mejorar la gestión de las listas de espera.

Las listas de espera, ¿son consideradas un indicador de la gestión sanitaria?

Son un indicador de gestión y, al mismo tiempo, una herramienta de gestión de la que se dota el sistema para tramitar las demoras y las esperas velando por los criterios de equidad exigidos a los sistemas públicos de salud, en el acceso, permitiendo al paciente alcanzar la prestación prescrita cuando lo precisa, y en la utilización, clasificando a los pacientes por criterios de prioridad. Además, sirve como instrumento de planificación del trabajo; se trata de un método de organizar la actividad sanitaria.

¿Son consecuencia de una mala gestión?

No es necesariamente un problema ni la consecuencia de una mala gestión sanitaria, al igual que el número de pacientes en espera no tiene en sí mismo ningún significado, ya que en muchas ocasiones su patología no les impide realizar su actividad habitual, y con relativa frecuencia deciden

no acudir a la prestación citada, o no acudir o posponer la intervención quirúrgica. En este sentido, en todos los servicios y sistemas de salud de financiación pública y universal existen demoras en la presta-

Lo importante es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta

ción de asistencia sanitaria, sin que se pretenda alcanzar el objetivo de una lista de espera cero, ya que esto supondría la existencia de recursos y profesionales en algún momento sin actividad asistencial, estando a la

espera de recibir pacientes, con la consiguiente pérdida de eficiencia en la utilización de los recursos y el consiguiente incremento de los costes. Existe, por tanto, una demora técnica con tiempos de espera limitados que responde a una gestión adecuada y no supone problemas para el paciente. Lo importante es alcanzar un equilibrio entre la planificación y racionalización de la demanda y la gestión eficaz, efectiva y eficiente de la oferta.

Para las listas de espera se deberían planificar acciones, como la implementación de un sistema de información y un registro de pacientes claro, fiable y transparente

¿Cómo deben ser valoradas? ¿Por el número de pacientes? ¿Por la urgencia? ¿Por la especialidad? ¿Por la gravedad?

Se recomienda, en general, valorar

más los tiempos de atención que el número de pacientes listados, siendo el objetivo a monitorizar la demora media y máxima de los pacientes y la espera media y máxima de los pacientes atendidos.

¿Cómo se podrían gestionar de forma eficiente?



Contamos con evidencias que nos indican que la existencia de listas de espera tiene una causa multifactorial y, por tanto, las estrategias centradas solamente en alguno de los factores que aisladamente influyen en su génesis y/o mantenimiento son en principio ineficaces. En este marco, se deberían planificar acciones, que incluyan el rediseño de las formas de actuación, tales como la implementación de un sistema de información y un registro de pacientes claro, fiable y transparente común para todos los Servicios de Salud. También es fundamental la aplicación de

garantías de tiempos de espera a nivel nacional para mantener niveles de equidad en el acceso a las prestaciones aceptables, seguidas de una evaluación de los resultados y del establecimiento de medidas comunes para la financiación. Resulta necesario proceder al desarrollo de sistemas de indicación y de priorización de las prescripciones diagnósticas y/o terapéuticas para que la gestión del problema resulte adecuada y coherente, basadas en el análisis de las necesidades objetivadas de los pacientes, atendiendo la gravedad de las patologías. Corresponde a los servi-

cios de salud la concreción en su ámbito territorial, de los tiempos máximos de acceso para la atención sanitaria programable teniendo en cuenta el impacto en la salud o en la calidad de vida de los pacientes. Además, la gestión eficiente de la lista de espera pasa por implementar una visión integrada como marco idóneo para la incorporación sistemática de las mejores prácticas, innovación, coordinación, nuevas formas de gestión, guías clínicas de los procesos más frecuentes, participación efectiva de profesionales y ciudadanos, entre otros aspectos.

En este sentido, ¿qué dicen los países de nuestro entorno?

En Europa existe una importante variabilidad en los tiempos de espera, así como en las formas de actuación. Estas se pueden resumir en tres tipos básicos: reducción del tamaño de las listas de espera mediante el aumento de la oferta o de la moderación de la demanda, reducción de los tiempos de espera mediante el incremento de la oferta, cambios en la práctica clínica y utilización de tiempos de garantía y racionalización de las listas de espera mediante la mejora de los sistemas de información y la aplicación de sistemas de priorización. En concreto, entre las iniciativas llevadas a cabo por países de nuestro entorno, destacan la creación de registros nacionales de lista de espera, la publicación de datos sobre listas de espera, planes de choque, mejora de los sistemas de información, establecimiento de un sistema de evaluación de medida de los resultados, establecimiento de un sistema de priorización explícito y objetivo a nivel nacional, utilización de la atención sanitaria de otros países, etcétera.

¿Se pueden determinar unos mínimos en cuanto al tiempo de demora?

Con el objetivo de garantizar la equidad y calidad de la asistencia, la administración sanitaria tiene la obligación de fijar tiempos máximos de espera razonables para los procedimientos que ofertan en su car-



tera de servicios. En general, se considera que la garantía de tiempos de demora mejora parcialmente y a corto plazo los resultados de la lista de espera, pero no garantiza realmente la equidad en el acceso si no se establecen criterios de priorización. Por otra parte, es llamativo el alto porcentaje de pacientes que, pudiendo hacer uso de su

derecho de garantía, prefieren esperar para ser vistos en su hospital de referencia y por el facultativo responsable de su asistencia. Más allá de los tiempos de demora, es necesario que se analice la repercusión en los pacientes en su globalidad y en

todo el proceso de atención, desde el primer contacto hasta la resolución de su situación de enfermedad. Para establecer los mínimos, en cualquier caso, se debe tener en cuenta que en el proceso tenemos esperas para el acceso, la asistencia en Atención Primaria, para la atención hospitalaria en consulta de especialistas y pruebas diagnóstico/terapéuticas y para la resolución quirúrgica del problema. Un análisis integral de las listas de espera supone estudiar todos y cada uno de estos puntos y establecer tiempos mínimos para ellos.

¿Cómo influyen las listas de espera en el manejo global del paciente, en su recuperación y en los costes adicionales que puedan ocasionar?

Esto es algo relacionado directamente con la eficiencia del sistema, en el sentido de que la gestión ineficaz de la espera conllevará inevitablemente consecuencias para la salud del paciente, así como sobre la del paciente que está esperando para ser atendido. Así, gestionar bien la espera es bueno para el paciente en términos de calidad percibida y de resultados, para el

profesional porque mejora la calidad global del producto y para la sostenibilidad del sistema.

De las medidas que se han ido tomando, ¿cuáles valora positivamente?

Existen un gran número de medidas que inciden en la demanda, la oferta, el proceso, los diferentes niveles y los aspectos transversales. Entre las medidas que afectan a la oferta se encuentran el refuerzo de la capacidad de respuesta del sistema mediante el aumento de recursos humanos, físicos, mate-

riales y tecnológicos, el incremento de la productividad, financiando actividad extraordinaria si resulta necesaria, optimizando la cirugía ambulatoria y relacionando la financiación del hospital y la remuneración de los profesionales a los objetivos pactados. Y en cuanto a las actuaciones que afectan a la demanda están, entre otras, la elaboración de guías clínicas, desarrollo de estrategias de prevención, clasificación por prioridades de los pacientes.

¿Cuáles son los aspectos más destacados del Plan Integral de Listas de Espera?

El plan debe incorporar las principales actuaciones que han demostrado eficacia en otros modelos, adaptándolas a la realidad y a la situación de partida de cada comunidad autónoma. Además, se deben poner al servicio de la mejora de la ges-

tión de la espera los recursos disponibles bajo los principios de prioridad, profesionales, materiales, de equipamiento y locales, así como los organizativos, funcionales, de prestaciones y de actuaciones del sistema sanitario público, y llegado el caso, la complementariedad de la red sanitaria de titularidad privada. Pero para mantener en el tiempo los resultados, es necesario implantar medidas estructurales en el marco estratégico del sistema sanitario. Y, por supuesto, esto no es posible sin la implicación y compromiso de, y con, los profesionales en el desarrollo del plan.

¿Cómo se podrán trasladar las medidas del Plan Integral a la práctica diaria?

Un factor clave en este punto es la lucha contra la variabilidad de la práctica clínica. En el caso de la lista de espera quirúrgica, los servicios de salud deberían facilitar la elaboración de un catálogo centralizado de procedimientos quirúrgicos priorizados para los procedimientos más frecuentes y para la atención a los procesos más graves, lo que homogeneizaría la

gestión de la lista de espera quirúrgica en los centros hospitalarios, servicios y unidades del Servicio de Salud. Como información complementaria al catálogo se debe especificar si el procedi-

miento es o no susceptible de realizarse con cirugía mayor o menor ambulatoria, así como el tiempo medio de quirófano, anestesia y cirugía.

¿Cómo se pueden homogeneizar los sistemas de información de las distintas comunidades autónomas?

Cuando analizamos la información que aporta el Sistema Nacional de Salud de las listas de espera de las diferentes comunidades autónomas, se observan tasas

de inclusiones muy diferentes y difícilmente explicables desde el punto de vista de la evidencia científica. Esta misma situación se produce si lo analizamos por especialidad, prueba diagnóstica o procedimiento quirúrgico o terapéutico. Los sistemas de información deben servir para mejorar el proceso de planificación, avanzar en la gestión eficiente y para mejorar los tiempos de acceso a la prestación, para ello, es fundamental disponer a nivel estatal de bases de datos homogéneas, que se definan atendiendo a criterios de priorización comunes, establecidos por consenso con los profesionales y con la participación de los pacientes.

La implicación de los profesionales sanitarios, ¿es clave en el control de las listas de espera?

Sin la implicación de los profesionales sanitarios es imposible que un Plan Integral de estas características funcione. Debemos formar e informar a nuestros profesionales sobre la importancia y la manera de gestionar correctamente la lista de espera, marcarles objetivos que deberíamos consensuar con ellos, delegarles capacidad de gestión, evaluar el rendimiento e incentivarlos sobre la base de la gestión clínica. Básicamente deberíamos pedirles que hagan lo que hay que hacer y no lo que no proceda, porque la correcta gestión de la lista de espera conlleva beneficios directos para el paciente y mejora la calidad de la prestación del profesional, del servicio donde desarrolla su actividad y del sistema del que es parte.

¿Por qué se utilizan como arma arrojadiza en muchas ocasiones?

Son datos que se pueden sacar fácilmente de contexto y que, asimismo, despiertan una gran sensibilidad social y mediática, aunque no se entiende bien porque no se avanza en un acuerdo a mínimos para empezar a canalizar una solución de consenso, teniendo en cuenta que el problema acaba afectando a quién tiene el



poder, es decir, tiene un problema quién manda.

Una mayor transparencia, ¿ayudará a mejorar las listas de espera?

Sí y además es una obligación ética, siempre y cuando la información, centrada fundamentalmente en la habilitación de procedimientos de acceso a los datos personales de cada paciente y la publicación periódica de información normalizada de la listas de espera, tenga los criterios óptimos. Es algo de gran interés tanto para pacientes y profesionales, como para gestores, administración y políticos. Los servicios de salud deben implantar un sistema de información universal para todos los centros, con información relativa a lista de espera quirúrgica, de consulta hospitalaria y de procedi-

mientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios. Esto permite trasladar a la población información veraz y garantizar a los ciudadanos información adecuada, individualizada y transparente sobre las esperas sanitarias que posibilite un ejercicio efectivo de sus derechos ■

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







La Medicina de Laboratorio tiene mucho que decir en la clínica,

Francisco A. Bernabéu Andreu

Vocal de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica
y Patología Molecular

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | Luis Domingo



“La Medicina de Laboratorio tiene mucho que decir en la clínica”

Más del 70 por ciento de las decisiones clínicas se toman en base a los resultados del laboratorio. Por eso, la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC) tiene mucho que decir y lo quiere hacer a través de sus profesionales, cuya formación es un objetivo prioritario. Francisco A. Bernabéu Andreu, vocal de la SEQC, explica a EL MÉDICO las líneas de trabajo a seguir.

Los objetivos de la SEQC se centran en mejorar la formación de los especialistas en Medicina del Laboratorio, a través de actividades de formación continuada y en apoyar a los profesionales que están empezando y a los residentes. Hay que tener en cuenta que desde la nueva ley de la especialidad, debemos influir en los ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación para que se sigan convocando plazas de residentes. Además, debemos estar a su lado para resolverles las cuestiones legales que puedan surgir.

La realidad de los laboratorios clínicos nos está llevando a la creación de laboratorios unificados en los que se integran más de un área de conocimiento

¿Qué otros objetivos se plantean?

Promover la presencia de nuestra sociedad en sociedades internacionales, como IFCC y EFLM, y ser líderes en España en la gestación y desarrollo de Programas de Control de Calidad del Laboratorio. También queremos proponer como obligatoria en España la Acreditación de los Laboratorios Clínicos por la Norma UNE EN ISO

15189 y diseñar un plan estratégico que recoja las iniciativas, marque el rumbo de la sociedad y darlo a conocer a los socios. Ya, por último, nos gustaría actualizar los estatutos y adecuarlos a una estructura moderna.

¿Qué lugar tiene la formación entre sus objetivos?

La formación es uno de nuestros principales objetivos. Intentamos no solo atender a los socios, sino también ser una fuente de conocimiento para los profesionales de la Medicina del Laboratorio españoles y todos los de habla hispana.

¿Cómo se articula la formación de los especialistas en formación?

Anualmente nuestra sociedad, a través de su Comité Científico, establece un Programa de Formación que se basa en las sugerencias de las diferentes comisiones y que está a disposición de especialistas en formación y de los que ya tienen la especialidad.

Y, ¿la de los que ya tienen el título?

Asimismo, cada año se renueva el Curso Online de Formación Continuada y se pone a disposición de los socios y de cualquier profesional que quiera inscribirse. Dicho programa está acreditado

y los participantes que lo superan se les conceden los correspondientes créditos.

En la ley de la troncalidad se han unificado las especialidades de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, ¿cómo lo valora?

Lo valoro positivamente. La realidad de los laboratorios clínicos, en gran medida condicionada por los cambios tecnológi-



cos, nos está llevando a la creación de laboratorios unificados en los que se integran más de un área de conocimiento. En cierta manera, la nueva especialidad nos permite adecuar mejor la formación de los nuevos profesionales a las necesidades reales.

¿Cómo va a repercutir en la formación de los especialistas?

La Comisión Nacional de la Especialidad y las sociedades científicas estamos trabajando para que el proceso de cambio se realice de la mejor manera



posible, intentando elaborar un nuevo plan de formación que permita integrar de manera efectiva los conocimientos del tronco de laboratorio con los propios de la especialidad. Queremos que los especialistas de mañana tengan un excelente nivel de formación que contribuya a evidenciar el importante papel que desempeñamos en el proceso asistencial.

¿Existe un currículo común europeo?

Existe una certificación europea, la EC-4. Sin embargo, no es un certificado riguro-

so. A mi juicio debería potenciarse el currículo internacional y prestigiar este certificado.

¿Qué relación tienen con las sociedades europeas?

LA SEQC forma parte de la Federación Europea de Medicina del Laboratorio (EFLM). A su vez, dicha sociedad pertenece a la Federación Internacional de Química Clínica (IFCC).

¿Con qué sociedades científicas tienen más relación y colaboración?

Actualmente la SEQC tiene un acuerdo con la Asociación Española de Biopatología Médica (AEBM) y con la Asociación Española de Farmacéuticos Analistas (AEFA) para realizar anualmente y de forma conjunta el Congreso y la Revista del Laboratorio Clínico.

¿Con qué otras sociedades les gustaría trabajar en colaboración?

La SEQC ha desplegado en el último año un acercamiento con diferentes sociedades latinoamericanas de Medicina del Laboratorio. Por otra parte, en nuestro Plan Estratégico se contempla establecer lazos de comunicación con sociedades clínicas como la de Medicina Interna, Cardiología, Nefrología y Urgencias, entre otras.

Queremos que los especialistas de mañana tengan un excelente nivel de formación que contribuya a evidenciar el importante papel que desempeñamos en el proceso asistencial

¿Qué papel tiene FACME en esta relación?

Creemos que FACME puede ser un agente facilitador muy eficaz en el establecimiento de relaciones que pueden ser productivas para las sociedades intervinientes. Incluso de estas relaciones puede surgir alguna acción conjunta liderada por FACME.

¿Cuáles son los estándares de calidad que debe seguir un laboratorio?

A mi juicio el mejor estándar de calidad para los laboratorios clínicos es la norma ISO UNE EN 15189 que, no solo recoge los requisitos de la calidad y la competencia técnica más universales, sino que permite la armonización de



los requisitos para todos los laboratorios clínicos.

¿Son iguales en todas las comunidades autónomas?

En el Sistema Sanitario Español, las diferentes comunidades autónomas tienen transferidas las competencias respecto al establecimiento de requisitos de calidad y competencia. Por tanto, cada comunidad tiene la capacidad de elegir su sistema de gestión de calidad para los laboratorios y para la acreditación de los profesionales. Por ejemplo, en la Comunidad de Aragón se ha establecido como obligatoria la Norma ISO 15189 para la acreditación de sus laboratorios, mientras que en Andalucía existe como obligatorio el sistema de certificación ACSA tanto

para laboratorios como para profesionales sanitarios.

Y, ¿con respecto a Europa y a Estados Unidos?

En Europa la situación es variable y responde a la decisión de los gobiernos de cada país. Así, en Francia es obligatoria la ISO 15189, aunque hay un periodo de adaptación hasta 2020. También lo es en Rumanía. Otros países establecen como obligatoria la acreditación de algunas pruebas, como por ejemplo en Alemania es la acreditación del cribado neonatal, o en Irlanda la medicina transfusional. Por su parte, en Estados Unidos no es obligatoria.

¿Cómo está la obligatoriedad de la acreditación en los laboratorios clínicos?

En España no es obligatoria, aunque la SEQC tiene como uno de sus principales objetivos conseguir que las autoridades la establezcan como tal.

¿En qué parámetros se debe basar?

Sin duda en la ISO 15189.

¿Cuál es el reconocimiento profesional de los laboratorios clínicos?

Una de las líneas estratégicas de la SEQC es la de devolver a los profesionales del laboratorio la consideración clínica de nuestra profesión, máxime cuando más del 70 por ciento de las decisiones clínicas se toman en base a los resultados del laboratorio. Queremos animar a los profesionales del laboratorio a que salgan al ruedo de la práctica clínica y pongan su conocimiento al servicio de los clínicos. En definitiva, poner en valor en el mundo asistencial a esa gran desconocida que es la Medicina del Laboratorio.

¿Qué papel tienen en la valoración de los resultados de las pruebas de laboratorio?

Quiero destacar la importancia de que los profesionales de los laboratorios clínicos actúen como asesores de los clínicos, recomendando las pruebas más convenientes y ayudando a interpretar los resultados. En este sentido, desde nuestra posición reivindicamos enérgicamente nuestro papel de consultores/asesores clínicos ■

La acreditación de los laboratorios clínicos en España no es obligatoria, aunque la SEQC quiere conseguir que las autoridades la establezcan como tal

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



HAZTE SOCIO DE LA CURACIÓN DE LA LEUCEMIA

HAZTE SOCIO DE LOS PLANES DE DAVID

1,2€ íntegros sólo disponible para Movistar, Orange y Vodafone



TAMBIÉN PUEDES COLABORAR:



Envía
"NOLEUCEMIA"
al **28027**

y estarás ayudándonos
a salvar vidas

900 32 33 34
www.fcarreras.org



**FUNDACIÓN
JOSEP CARRERAS**
Contra la leucemia





El cerebro

es un área de la Medicina
que está desgraciadamente

muy
rezagada

Los neurocientíficos Boyden, Deisseroth y Miesenböck repasan los avances logrados con la optogenética, una técnica por la que han obtenido el Premio Fundación BBVA Fronteras del Conocimiento en Biomedicina

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | Fundación BBVA



REPORTAJE

El cerebro es un área de la Medicina que está desgraciadamente muy rezagada

La optogenética es una técnica que permite controlar con la luz el comportamiento de un animal vivo. Como en esa escena: el ratón de laboratorio está tranquilamente en su caja, aunque con un cable de fibra óptica saliendo de su cabeza; se enciende una luz y el animal empieza a correr; se apaga la luz, y se para. Para apreciar la importancia del experimento hay que saber que la fibra óptica está llevando la luz a la región del cerebro que controla el movimiento donde reaccionan solo algunas neuronas específicas. Con la misma estrategia se puede actuar sobre la memoria, el miedo, la adicción, la depresión, la epilepsia, el párkinson... Una auténtica revolución. Los artífices de esta tecnología desarrollada ya en miles de laboratorios de todo el mundo son: Edward Boyden (Plano, Texas, EEUU, 1979), Karl Deisseroth (Boston, Massachusetts, 1971) y Gero Miesenböck (Braunau, Austria, 1965), premios Fundación BBVA Fronteras del Conocimiento en el apartado de Biomedicina. Los neurocientíficos han sido distinguidos por usar la luz para conocer y alterar el cerebro. Su repercusión en investigación básica, su aplicación clínica y sus posibilidades en el ámbito farmacéutico nos abrirá las puertas a uno de los órganos más complejos y desconocidos: el cerebro.

La optogenética vio la luz en el sótano de la universidad de Stanford. Deisseroth, bioquímico de Harvard, tuvo claro que para comprender las enfermedades mentales hacían falta herramientas nuevas. Y se puso a buscarlas. Poco después de arrancar su labor de investigación, su grupo puso a punto una nueva técnica que usaba buenas ideas que se habían quedado temporalmente apartadas.

“La optogenética ayudará no solo a descifrar qué pasa en el cerebro de las personas con alzhéimer o a mejorar el tratamiento de las enfermedades mentales, sino también a entender nuestra personalidad y nuestras emociones”, sostiene Deisseroth

La técnica, que como afirman los neurocientíficos se aproxima ya a la investigación clínica, ayudará no solo a descifrar qué pasa en el cerebro de las personas con alzhéimer o a mejorar el tratamiento de las enfermedades mentales, sino también a entender el sustrato biológico de lo que nos hace únicos: nuestra personalidad y nuestras emociones. Este proceso existe en su versión actual desde hace apenas unos años, pero ya es utilizada en miles de centros de investigación.

Se acerca a la clínica con ensayos contra la ceguera y la adicción

Muchos científicos se hallan maravillados ante la optogenética que aporta -según han dicho- exactamente lo que necesitaban, pues permite una precisión sin precedentes en la investigación del cerebro vivo. “Hace posible contemplar, seriamente, la posibilidad de encontrar qué circuitos cerebrales participan en qué comportamiento y aspirar a mejorar de forma significativa el tratamiento de la enfermedad mental”, subrayan. Y todo esto ocurrirá en un área de la Medicina “que está desgraciadamente muy rezagada respecto a otros campos, dadas las lagunas en el comportamiento del órgano vivo”.

¿En qué consiste la optogenética? “En activar con luz (originada por un láser o un LED) grupos escogidos de neuronas a las que se les ha introducido una proteína sensible a la luz. Por ahora la técnica pertenece sobre todo al ámbito de la investigación básica, aunque ya han comenzado en Estados Unidos los primeros ensayos clínicos en que se emplea para tratar la ceguera por retinosis pigmentaria. En esta dolencia se destruyen las células de

la retina sensibles a la luz; el tratamiento en ensayo se basa en restaurar la función de la retina usando la optogenética para hacer que otro tipo de células también presentes en ella se vuelvan fotosensibles”, explican Boyden, Deisseroth y Miesenböck.

Pronto podrían comenzar también otros ensayos que usan la técnica contra algunas formas de dolor superficial y de sordera. En estas aplicaciones, y en el ensayo contra la retinosis pigmentaria, la optogenética se aplica a células en el ojo o el oído, más accesibles que las neuronas en el cerebro; en estos casos la técnica es, por tanto, una técnica menos invasiva que cuando se utiliza en el cerebro, algo que por ahora solo se ha hecho en animales de experimentación.

Karl Deisseroth: “Las aplicaciones médicas más próximas son las que afectan al sistema nervioso central”

Deisseroth indica que las aplicaciones médicas más próximas son las que afectan al sistema nervioso periférico; probablemente se podrá utilizar la técnica en cualquier enfermedad que afecte a este sistema, como eliminar el dolor postquirúrgico y algunos tipos de ceguera. “Su





aplicación es más compleja en procesos como el párkinson o la epilepsia, puesto que hay que intervenir en zonas muy concretas y profundas, y más aún en enfermedades psiquiátricas, sobre las que tenemos aún un profundo desconocimien-

to. Hoy por hoy nadie está utilizándola para tratar pacientes”, reconoce el doctor de Neurociencia por la Universidad de Stanford.

El profesor Deisseroth compagina su labor asistencial como psiquiatra con la investigación básica y la docencia. Desde primero de carrera no ha abandonado Stanford, donde hoy es titular de la Cátedra DEH Chen de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento.

El investigador sostiene que la optogenética es principalmente una herramienta de ciencia básica. “Si conseguimos averiguar cómo funciona el cerebro, cualquier terapia será más precisa, más poderosa, más segura, más eficaz y más efectiva”, sentencia el científico de Stanford. “La gran promesa de la optogenética es facilitar una mejor comprensión de la función

normal del cerebro”, recalca Gero Miesenböck, catedrático de la Universidad de Oxford. “La optogenética ha catalizado la transformación de la Neurociencia de una disciplina de observación a una de intervención”, al tiempo que Deisseroth añade que la técnica está sirviendo actualmente para guiar a la clínica, concretamente en

terapias contra la adicción.

“Los resultados obtenidos en modelos animales se han empleado

para orientar tratamientos en humanos, como el de la adicción a cocaína y opiáceos, con resultados prometedores”, asegura. En estos trabajos esta herramienta terapéutica se empleó en ratones para identificar los efectos de la conducta adictiva en una región muy específica del cerebro; posteriormente se intervino en esa misma región en humanos con una técnica no invasiva, la estimulación magnética transcraneal.

“Todas las tecnologías deben analizarse desde el punto de vista ético”, explica Boyden





ASPECTOS ÉTICOS SOBRE LA POSIBILIDAD DE CONTROLAR CONDUCTAS

Sobre el temor que puede despertar esta técnica, Deisseroth considera necesario contemplar las implicaciones éticas derivadas de la posibilidad de controlar y cambiar conductas. Este bioquímico de Harvard y médico y doctor en Standor, así como miembro del comité asesor del Proyecto BRAIN (promovido por el presidente de Estados Unidos, Barack Obama), advierte de que “la optogenética ofrece el control específico del proceso cognitivo y del comportamiento en tiempo real, lo que puede resultar inquietante. Biólogos experimentales y médicos han tenido durante mucho tiempo la capacidad de cambiar comportamientos a través de intervenciones genéticas, farmacológicas, eléctricas y ambientales, por lo que esta técnica, que ya se desarrolla en miles de laboratorios de todo el mundo, no plantea cuestiones éticas nuevas en lo fundamental”.

“Sin embargo, cuanto más precisa se vuelve la intervención, y a medida que avanza rápidamente el control de los circuitos neuronales que intervienen en las conductas, más necesario es discutir estas cuestiones desde el ámbito legal, ético, filosófico, de la educación... Desde las humanidades en sentido amplio”, alerta el profesor Deisseroth. En esta misma línea se posiciona Edward Boyden, quien considera que todas las tecnologías deben analizarse desde el punto de vista ético. “Es algo que siempre tenemos muy presente. Para mí es clave que se abran debates sobre el uso de estas tecnologías y sobre el camino que queremos que siga la humanidad en el futuro”, reconoce.

El que la técnica se utilice en animales como ratones o la mosca de la fruta, pero no en personas, obedece a que es una técnica agresiva que hace necesario introducir un cable de fibra óptica que lleve la luz al cerebro, por lo que antes de utilizarlo en personas se ha de garantizar su seguridad y valorar si su utilización está justificada.

Además, la optogenética está ofreciendo información relevante para el desarrollo de terapias específicas -de estimulación, conversación o farmacológicas- para enfermedades mentales. Y ha permitido encontrar en una región del cerebro implicada en el miedo y la ansiedad -la amígdala- una vía antiansiedad.

“Es solo el principio de lo que gracias a esta técnica podrá aprenderse sobre el cerebro, el órgano más desconocido, tanto sano como enfermo”, coinciden en señalar

cífica, modula poderosamente la agresión violenta en ratones. Y es que para este psiquiatra de Stanford, el estudio de la naturaleza de la agresividad es “de apremiante importancia en el mundo moderno”.

Gero Miesenböck: “Comprendemos cada vez mejor la regulación del sueño”

“La optogenética es como un mando a distancia que funciona con luz”, explica Gero Miesenböck (Braunau, Austria 1965), doctor en Medicina por la Universidad de Innsbruck. En 2002, el científico austriaco había introducido en neuronas una proteína capaz de convertir la luz en electricidad (el lenguaje del cerebro), que por tanto podía provocar que las neuronas se activasen o desactivasen. Sin embargo, se encontró con dificultades técnicas que impedían su aplicación a gran escala. En 2004, Deisseroth y Boyden dieron con la solución sustituyendo la proteína que usaba Miesenböck. “En la naturaleza, en el árbol de la vida, encontramos las moléculas que permiten activar neuronas, y que provienen de una alga unicelular. Fue un golpe de suerte”, reconocen los científicos. El cambio introducido pronto demostró que funcionaba correctamente.

Miesenböck está centrado en el estudio

los investigadores. Para Deisseroth, otro “llamativo ejemplo” del potencial de la optogenética es el hallazgo de que una región profunda del cerebro, muy pequeña y espe-



de los circuitos cerebrales que acumulan información a lo largo del tiempo, como el que regula el sueño y la vigilia. “No sabemos cómo ni por qué nuestra experiencia consciente se desvanece cuando nos quedamos dormidos –afirma-, pero lo que sí entendemos cada vez mejor –y la optogenética ha sido de gran ayuda- son los mecanismos del cerebro que regulan el sueño y la vigilia y cómo estos mecanismos nos impiden, por ejemplo, caminar dormidos”.

El investigador austriaco confiesa que una de sus motivaciones al desarrollar la optogenética fue querer entender “cómo la materia biológica genera las emociones o los estados de ánimo. Si generando patrones precisos de actividad eléctrica en el cerebro lográramos recrear percepciones, movimientos, recuerdos o emociones, tendríamos una poderosa herramienta para descubrir las señales neuronales que subyacen a estos aspectos de nuestra vida mental”.

Edward Boyden:
“el cerebro es como un ordenador; la optogenética, el teclado que envía instrucciones”

Para Edward Boyden, catedrático de Ingeniería Biológica y del Cerebro en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), la “belleza” de la optogenética es que permite “hablar el lenguaje natural del cerebro; podemos iluminar una neurona y se activará en milisegundos, y cuando apaguemos la luz las neuronas se inhibirán en milisegundos; podemos controlar la actividad neuronal con la precisión temporal del cerebro vivo intacto”.

Actualmente Boyden está inmerso en la búsqueda de tecnologías para mapear el ca-



“La técnica permite activar y desactivar circuitos neuronales en animales vivos y ver cómo cambia su comportamiento; es como un mando a distancia que funciona con luz”, señala Miesenböck

bleado del cerebro y descifrar cómo se mueve la información por el cerebro en acción. Cree que uno de los principales retos es afinar aún más el grado de precisión de la técnica, de forma que sea posible controlar no ya pequeños grupos de neuronas, sino células individuales.

No cree que la técnica ayudará a entender el cerebro totalmente. Cree que estamos solo ante una

Reconoce que su esperanza es que en las próximas décadas se pueda llegar a ver la estructura del cerebro, “visualizarlo en acción y controlar todas las células indivi-

“Tocar el cerebro es como tocar el piano. ¿Llegaremos a introducir en el cerebro información con un grado muy alto de resolución?”, según Boyden

de las herramientas “que nos ayudarán a entenderlo. Si el cerebro es como un ordenador, la optogenética es un teclado que envía instrucciones; ejerce un control exquisito del cerebro. No podemos explicar lo más elemental: cómo procesa el cerebro un pensamiento, una emoción, una sensación o una acción. Para ello, tendremos que mapear las redes del cerebro y

ver cómo se transmite la información por esas redes, lo cual demandará muchas tecnologías y teorías novedosas”, apunta.

“En el cerebro todo es mucho más complejo de lo que imaginamos”, añade Boyden, al tiempo que resalta la necesidad, en Neurociencia, de obtener la mayor precisión posible. “Tocar el cerebro es como tocar el piano. ¿Llegaremos a introducir en el cerebro información con un grado muy alto de resolución?”, se pregunta en voz alta el neurocientífico.

Reconoce que su esperanza es que en las próximas décadas se pueda llegar a ver la estructura del cerebro, “visualizarlo en acción y controlar todas las células indivi-

duales del cerebro. Entonces podríamos hacer modelos computacionales y entender cómo emergen los pensamientos y las emociones de la red de circuitos cerebrales. Podríamos, incluso, identificar las zonas clave

en el cerebro que intervienen en las enfermedades mentales, lo que a su vez generaría nuevos tratamientos”, dice ilusionado ■

Evidencia científica

Estadísticas

Literatura

Artículos

Vídeo Paciente

Situaciones clínicas

Teatro

Animaciones

Películas

Storytelling

Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento

Resultados de estudios

Calidad de vida

Farmacoeconomía

Documentales

Teasers

Mecanismo de acción



SULODEXIDA, UNA HERRAMIENTA EFICAZ EN LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

El tromboembolismo venoso (TEV), que incluye la trombosis venosa profunda y el embolismo pulmonar, se considera actualmente como una enfermedad crónica recurrente, cuyo manejo varía según el tipo del primer evento y los factores de riesgo asociados. Sin embargo, el tratamiento anticoagulante se acompaña de un aumento del riesgo de sangrado, que debe ser siempre tenido en cuenta a la hora de plantearse la estrategia terapéutica.

La estratificación de los pacientes según su riesgo hemorrágico, la duración más adecuada de la anticoagulación y la elección del fármaco anticoagulante son aspectos sobre los que no se han establecido aún criterios claramente consensuados. Todos ellos fueron revisados en un simposio que tuvo lugar el día 9 de junio, en Sitges, en el marco del Congreso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vasculardurante el cual se destacó el papel de sulodexida, un antitrombótico que, según la Dra. Lourdes Reina, moderadora de la sesión, "ha demostrado ser muy eficaz para prevenir las recurrencias de episodios trombóticos, sin registrar ningún incremento del riesgo hemorrágico".

La recurrencia a 10 años de un TEV idiopático es del 50 por ciento mientras que la de un TEV secundario a factores desencadenantes es de alrededor del 20 por ciento. Los pacientes en los que puede identificarse una causa, como cirugía o trauma (20 por ciento), se consideran de bajo riesgo de recurrencia, por lo que está indicado administrar coagulación a corto plazo. Un 30 por ciento sufren un primer episodio muy grave, sobre todo embolismo pulmonar, y en ellos está indicada la anticoagulación a largo plazo. Entre estos dos extremos, se halla el otro 50 por ciento de pacientes, que son los que sufren un TEV no provocado. En este grupo, la estimación del riesgo individual de recurrencia es lo que determinará la duración del tratamiento anticoagulante.

Sin embargo, el riesgo de recurrencia de TEV persiste durante años después de la interrupción del tratamiento anticoagulante, y es especialmente alto entre los pacientes con TEV no provocado. Por esta razón, los fármacos sin o con bajo riesgo hemorrágico y una actividad antitrombótica menos agresiva podrían constituir una alternativa adecuada frente a la continuación del tratamiento con anti-vitamina K (AVK) o a dejar a los pacientes solo con medidas físicas como las elásticas.

Sulodexida es un glicosaminoglicano natural con propiedades antitrombóticas y profibrinolíticas, que puede ser administrado por vía oral o parenteral, con un bajo riesgo hemorrágico. Durante el simposio, se mostraron los resultados del estudio SURVET (SULodexide in secondaRy preVention of rEcurrent deep vein Thrombosis), un estudio doble ciego, controlado y aleatorizado, cuyo objetivo era verificar la eficacia y seguridad de sulodexida en la prevención de TEV recurrente después de tratamiento con AVK en pacientes con un primer evento de TEV no provocado. El estudio se llevó a cabo en más de 600 pacientes de 44 países, que fueron controlados cada 3 meses durante 2 años.



El número total de recurrencias en los pacientes tratados con sulodexida fue 15 (12 trombosis venosa profunda y 3 embolismo pulmonar), frente a 30 en el grupo placebo (24 trombosis venosa profunda y 6 embolismo pulmonar). La incidencia de embolismo pulmonar en el estudio fue baja, tanto como la proporción de pacientes incluidos con embolismo pulmonar como evento índice (7,6 por ciento), por lo que los resultados de este estudio deben considerarse poco aplicables a la subpoblación con embolismo pulmonar. La hazard ratio fue de 0,49 (IC95% 0,27 a 0,52; $p=0,02$), y la hazard ratio ajustada por factores de confusión (edad, género, evento índice, país, duración de la exposición a AVK y retraso desde el final del tratamiento con AVK y la aleatorización) fue de 0,45 (IC95% =0,24 a 0,84; $p=0,01$), confirmando que el tratamiento con sulodexida reduce significativamente el riesgo de recurrencia. En cuanto a la seguridad, se produjeron 2 episodios hemorrágicos no mayores clínicamente relevantes en cada grupo, y ningún episodio de hemorragia mayor.

Según el Prof. Giuseppe M. Andreozzi, uno de los autores del estudio SURVET, sulodexida estaría indicada en aquellos pacientes con riesgo moderado de recurrencia; alto riesgo de recurrencia con alto (o moderado) riesgo hemorrágico; alto riesgo de recurrencia que rechaza el riesgo de continuar con la anticoagulación; bajo riesgo de recurrencia pero que prefiere tener una protección con un tratamiento efectivo pero seguro; trombosis venosa distal recurrente; trombosis venosa superficial no varicosa recurrente, y edad ≥ 75 años, ya que no se asocia con un mayor riesgo hemorrágico, no tiene interacciones farmacológicas conocidas y no afecta la función renal.

Grupo SANED renueva la imagen de sus cabeceras online

- El formato web responsive permite la mejor navegabilidad en dispositivos móviles, actualizando todas sus plataformas a las nuevas tecnologías.
- Se han introducido diversas novedades en el formato de las webs, consiguiendo mayor accesibilidad y usabilidad, con un diseño más visual, moderno y actual para sus lectores

Grupo SANED renueva la imagen de sus tres cabeceras (www.elmedicointeractivo.com, www.auladelafarmacia.com y www.elperiodicodelafarmacia.com) en un nuevo formato web responsive que permite la mejor navegabilidad en dispositivos móviles adaptando todas sus plataformas a las nuevas tecnologías.

Con el MÉDICO INTERACTIVO a la cabeza, medio de referencia tanto para profesionales como para decisores sanitarios, Grupo SANED actualiza el formato de todas sus plataformas informativas, consiguiendo un diseño más visual, moderno y actual para sus lectores. Con una estructura de navegación más sencilla e intuitiva.

Una de las novedades de www.elmedicointeractivo.com es su Edición México con un portal independiente (www.elmedicointeractivo.mx) en el que se pueden consultar diariamente las noticias sanitarias más importantes acontecidas a nivel nacional y las noticias de investigación más destacadas a nivel internacional.

Además de la información, las webs mantienen la formación como uno de sus pilares fundamentales. En las secciones de Cursos y Hemeroteca Formativa se pueden consultar documentos de gran interés para los profesionales sanitarios ■



A Newton's cradle with five silver spheres hanging from thin metal rods. The spheres are arranged in a slight arc, with the leftmost one slightly higher than the others. The background is a light blue gradient.

saned.

GRUPO

Impulsando la **formación** desde 1981

- **Más de 65.000 profesionales sanitarios formados**
- **Cursos en práctica clínica, habilidades intra e interpersonales y gestión**
- **Colaboraciones con Sociedades Científicas, Escuelas de Negocios y Escuelas de Medicina, Farmacia y Enfermería**
- **Acreditada (CFC, ECTS)**



ас



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

6 de septiembre

El gasto público en medicamentos en 2015 asciende a 205 euros por habitante y crece por segundo año seguido, según un estudio del EAE Business School realizado a partir de datos del Ministerio de Sanidad. En total, el Gobierno registró un gasto farmacéutico de 9.533,9 millones de euros en medicamentos adquiridos por los ciudadanos con receta oficial y dispensados en oficinas de farmacia, un 1,85 por ciento más que el año anterior. Sin embargo, pese a esta subida el gasto sigue por debajo de los niveles registrados en 2007 ■

8 de septiembre



El Foro de la Profesión Médica, preocupado por la parálisis de la política sanitaria. Tras el paréntesis estival, el Foro de la Profesión Médica (FPME) retomaba la actividad y celebraba la primera de sus habituales reuniones en la sede de la Organización Médica Colegial para repasar las cuestiones pendientes que en estos momentos más afectan al conjunto de la profesión médica. El FPME no dudaba en expresar su preocupación por la actual parálisis de la política sanitaria. "Estamos inmersos en una paralización de la política sanitaria que tendrá consecuencias", advertía el portavoz del Foro, el Dr. Francisco Miralles. "La situación electoral en la que llevamos inmersos desde el año pasado en la que la Sanidad ni siquiera está siendo mencionada en los discursos y debates electorales invita a pensar que no interesa a los políticos cuando, en realidad, es una de las máximas preocupaciones tanto para ciudadanos como para los profesionales que trabajamos en ella", señalaba ■

12 de septiembre

La intervención del farmacéutico incrementa la adherencia al tratamiento del 35 al 75 por ciento, subrayaba Jesús

Aguilar Santamaría, presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF), quien participaba en el XVI Encuentro de la Industria Farmacéutica Española en la UIMP de Santander, que esta edición versaba sobre "La adherencia a los tratamientos medicamentosos". Aguilar era rotundo al señalar que la intervención del farmacéutico, como se reveló en el programa *Adhiérete*, consiguió aumentar la adherencia al tratamiento de los pacientes de un 35 al 75 por ciento. Asimismo, los pacientes experimentaron una mejora significativa de la calidad de vida percibida, con un incremento de 5,5 puntos de media ■

13 de septiembre

España no cuenta con normativa para la Cirugía Plástica en menores. De las aproximadamente 65.000 intervenciones de Cirugía Plástica Estética en España, casi un 1,5 por ciento son las realizadas a menores, según estimaciones de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE). No obstante, la Sociedad señalaba que en España no existe una normativa específica que regule la realización de intervenciones de Cirugía Plástica a menores de edad. Las referencias a nivel nacional son la Ley 41/2002 y la Ley 26/2015. Este marco legal establece que todo menor de edad que deba o quiera someterse a una intervención quirúrgica, del tipo que sea, necesita el consentimiento de sus padres o representantes legales dependiendo de la gravedad o riesgo de dicha intervención, del nivel de madurez emocional e intelectual del paciente y de su situación de emancipación ■

14 de septiembre

Los nuevos reglamentos europeos sobre productos sanitarios refuerzan las garantías de su impacto en la salud. La directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), Belén Crespo, destacaba la importancia de los nuevos reglamentos europeos de productos sanitarios y productos sanitarios para el diagnóstico *in vitro*. En una jornada informativa sobre estos nuevos reglamentos, Crespo señalaba que este cambio legislativo refuerza las garantías sanitarias en productos de alto impacto en la salud. Los nuevos reglamentos, todavía no publicados, son el resultado de un laborioso proceso de casi cuatro años en el que han participado la Comisión, el Parlamento Europeo y los Estados miembros representados en el Consejo de la Unión Europea. Son documentos de alta complejidad técnica, que tendrán que ser desarrollados, a su vez, mediante Reglamentos de la Comisión para conseguir la completa aplicación de todas sus disposiciones ■

15 de septiembre

España superará este año los 250.000 donantes de médula, según las previsiones de la Organización Nacional de Trasplantes y del Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO). Hasta la fecha, la donación de médula crece a un ritmo de 120 nuevos donantes diarios. A finales del pasado año, la ONT y las comunidades autónomas acordaron renovar el Plan Nacional de Médula, con un nuevo reto: alcanzar un mínimo de 400.000 donantes en 2020, con un aumento anual de 40.000 donantes ■

16 de septiembre

Los médicos confían en que la sentencia europea sea "un antes y un después" en la precariedad laboral del SNS. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) celebra la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TUE) que determina que la normativa española de contratos temporales en los servicios de salud es contraria al derecho comunitario, y confía en que suponga "un antes y un después" para la "precariedad" laboral de los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS). La sentencia, según recuerdan en un comunicado, incide en la reiterada denuncia que la corporación médica viene haciendo en los últimos años sobre este tema avalados por los datos del Estudio

tos por año y casos de hasta más de 14 contratos, lo que a su juicio hace del SNS "la mayor empresa de trabajo temporal de España" ■

El PP quiere sumar al PSOE y Ciudadanos a un acuerdo para la Sanidad similar al de las pensiones. "Estamos en un momento de enorme complejidad económica y no solo desde el punto de vista público y administrativo, sino también de agentes inversores de otros países que tienen suspendidas sus partidas por la falta de estabilidad política. Por eso es preciso tener pronto un Gobierno con capacidad de acción", subrayaba José Ignacio Echániz, ex consejero de Sanidad de Madrid y parlamentario del PP y experto en materia sanitaria. Echániz, junto a José Martínez Olmos, del PSOE,



parlamentario por Granada y portavoz socialista en Sanidad, y Francisco Igea de Ciudadanos, intervino en la mesa redonda en la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo (UIMP) de Santander enmarcada en el encuentro sobre "Avances en el tratamiento del cáncer. Retos para llevar la innovación a los pacientes". El debate de las formaciones políticas concluía con la sensación por parte de los asistentes y ponentes de que si toda la política fuera sanitaria "ya tendríamos acuerdo de Gobierno y presupuestos, ya que PSOE, PP y Ciudadanos mostraron públicamente que son más puntos los que les unen que desacuerdos que les separan. Todos coincidieron en señalar en la necesidad de preservar el sistema sanitario universal para lo que hay que crecer como país y mejorar el modelo productivo para poder invertir y mantener el estado de bienestar", resumía el moderador Daniel Rodríguez González ■



sobre la situación laboral Médicos en España que realiza desde 2014. En su última oleada mostraba cómo el 41 por ciento de los médicos que trabaja en la Sanidad pública sin plaza en propiedad está con contratos temporales de meses, semanas e incluso de horas, con una media de más 7 contra-

NOTA: Cronología del 1 de septiembre al 22 de septiembre de 2016.

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



inst

La
antánea
médica



Investigadores españoles trabajan en una plataforma de estimulación neurocognitiva para pacientes ingresados en la UCI

La Fundación para la Innovación y la Prospectiva en Salud en España (FIPSE) ha seleccionado un proyecto en su 'Programa de Mentorización Internacional' cuyo objetivo es crear una plataforma de estimulación neurocognitiva para pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), que contempla técnicas para activar de forma física y cognitiva a las personas ingresadas y minimiza el deterioro y las secuelas a largo plazo. El hospital Parc Taulí de Sabadell ha lanzado un prototipo de plataforma para pacientes críticos que permite la administración de una interven-



ción de estimulación cognitiva precoz durante su ingreso en la UCI. La plataforma consta de un módulo de monitorización de señales biomédicas y de un módulo interactivo que incluye un software de estimulación cognitiva. El trabajo aportará novedades en la forma de ofrecer estimulación cognitiva en fases muy iniciales de la enfermedad crítica, tanto en pacientes ventilados que no pueden comunicarse verbalmente como en pacientes de movilidad reducida, desde el mismo lecho sin necesidad de mover al paciente. El programa tendrá una duración de seis meses en el que participarán seis equipos de investigación seleccionados entre una treintena de proyectos. El inicio será en septiembre en Boston donde se asignará a cada equipo un mentor experto en cada área de actividad con el que trabajarán durante los próximos seis meses, alternando estancias en Boston y Madrid ■

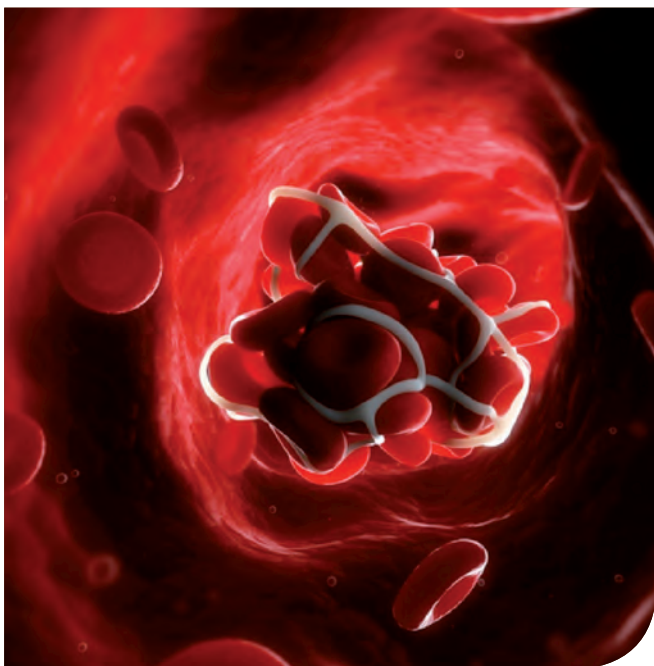


Un estudio asocia el consumo de alcohol en la pubertad a alteraciones psicológicas futuras

Iniciarse en el consumo de alcohol entre los once y los trece años se relaciona con un mayor riesgo de sufrir alteraciones psicológicas en el futuro, según revela un estudio en el que participa la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Santiago de Compostela. El estudio, realizado sobre una muestra de 3.696 estudiantes universitarios de dieciocho años, revela que empezar a beber alcohol a una edad temprana se asocia concretamente con un aumento de los síntomas psicopatológicos, es decir, de indicios que apuntan a la posibilidad de padecer una alteración psicológica en el futuro. Además, como síntomas frecuentes se observó malestar corporal, hostilidad y agresividad. El síntoma más frecuente registrado por los adolescentes fue la somatización, que implica experimentar sensaciones de malestar corporal relacionadas, sobre todo, con dolores musculares, alteraciones respiratorias y gastrointestinales. Otros síntomas comunes fueron la hostilidad y la agresividad, lo que conlleva una mayor propensión a manifestar ideas o comportamientos violentos hacia otros o hacia sí mismos. Mientras, del trabajo se desprenden diferencias en función del género. En estos momentos, el equipo trabaja en prevenir la ingesta de alcohol de forma más personalizada en función de las características personales de cada adolescente. Para ello, están tratando de averiguar qué es lo que les impulsa al consumo abusivo ■

Una investigación confirma que el alcohol induce la aparición de trombosis

El grupo de investigación de Hematología y Oncología Médica del Hospital Universitario Morales Meseguer y del Centro Regional de Hemodonación de Murcia ha publicado en la revista de la Sociedad Internacional de Hemostasia y Trombosis, 'Journal of Thrombosis and Haemostasis', datos que ponen de manifiesto que la ingesta de alcohol "induce" y "empuja" a la aparición de trombosis. Tal y como ha explica-

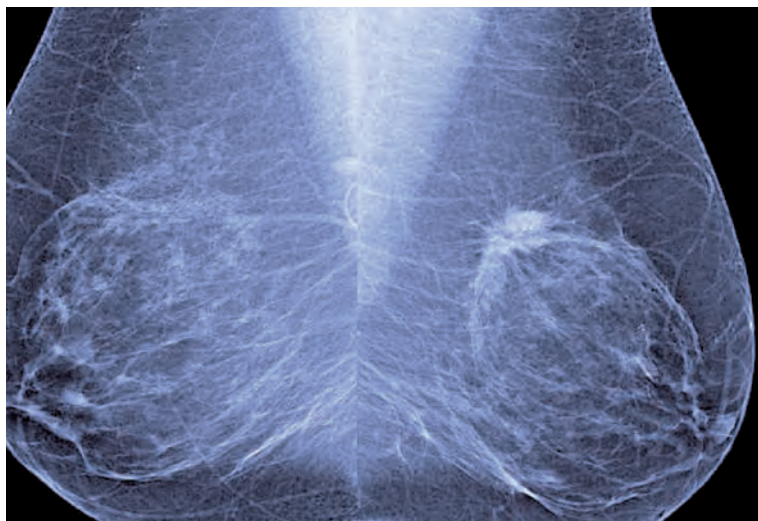


do el catedrático de Hematología y director del grupo de investigación, la investigación fue llevada a cabo estudiando 30 pacientes con deficiencia transitoria de antitrombina, proteína implicada en la protección de trombosis venosas. La deficiencia de antitrombina hereditaria es considerada un estado de trombofilia, pues es responsable de episodios trombóticos de repetición. El estudio de los pacientes demostró la ausencia de alteraciones moleculares en el gen responsable de la síntesis de la proteína, y pese a ello, mantenían niveles reducidos de antitrombina circulante. La investigación de esa llamativa situación puso de manifiesto que ocho de esos pacientes mostraban un trastorno de glicosilación de la antitrombina, lo que implica una deficiencia de azúcares en la proteína e impide que haga correctamente su función. Curiosamente, la deficiencia de antitrombina se pudo comprobar que era transitoria pero recidivante, teniendo como sustrato genético común todos esos pacientes la alteración de uno de los genes implicados en la glicosilación de las proteínas.

Un dato importante, es que los investigadores observaron una relación de la toma de alcohol y el nivel de hipoglicosilación, y por tanto un incremento del riesgo trombótico ■

Hallan un mecanismo para reducir la recurrencia del cáncer de mama

Investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (Idibell) han demostrado, en modelos experimentales animales, que la inhibición farmacológica y genética de una proteína conduce a una reducción significativa de la reaparición del cáncer de mama y de las metástasis en este tipo de tumor. Según ha informado el Idibell en un comunicado, el hallazgo, publicado en 'Cancer Research', sugiere que los inhibidores de la proteína RANK, que se utilizan actualmente en los pacientes con osteoporosis y metástasis ósea, pueden ser potencialmente útiles para el tratamiento del cáncer de mama. Las células precursoras de cáncer o células madre cancerígenas expresan altos niveles de la proteína RANK y, de hecho, la mortalidad en el cáncer de mama se debe principalmente a las células de este tipo que sobreviven a los tratamientos y que son responsables de la recurrencia del tumor y de la metástasis. Según la doctora Eva González-Suárez, responsable de la investigación, "otros estudios de este y otros grupos de investigación habían demostrado que la inhibición de la vía de RANK podría prevenir el cáncer de mama, pero hasta ahora nadie había de-



mostrado el potencial de los inhibidores de la vía de RANK en el tratamiento de la enfermedad". El Idibell ha calificado el hallazgo como un "gran avance", porque los inhibidores de la vía RANK ya están aprobados para uso clínico y se utilizan actualmente para tratar la osteoporosis y las metástasis óseas ■

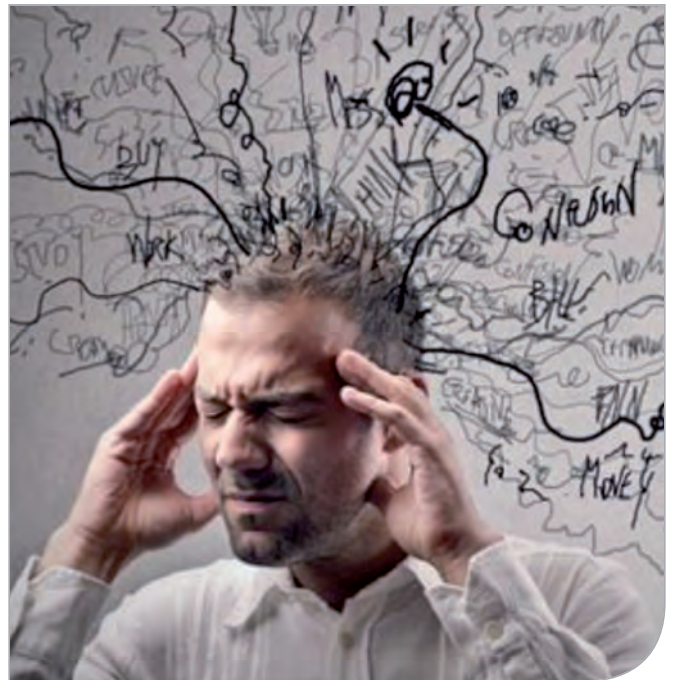


Los trastornos del sueño pueden influir en los factores de riesgo de enfermedades cardíacas

Problemas del sueño, como dormir muy poco o demasiado, el insomnio o irregularidades respiratorias, pueden estar relacionados con una variedad de factores que pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, según una nueva declaración científica de la Asociación Americana del Corazón que se publica en su revista 'Circulation'. La Asociación Americana del Corazón no tiene una recomendación sobre la cantidad de sueño que se necesita para la salud cardiovascular, ya que no hay suficiente evidencia científica en este momento en el que basarla. La primera declaración de la Asociación Americana del Corazón sobre el sueño y la salud del corazón esboza lo que se sabe actualmente sobre las irregularidades del sueño y los factores de riesgo relacionados con el sistema cardiovascular, incluyendo la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades del corazón y la aterosclerosis, arritmias, la hipertensión, el accidente cerebrovascular, niveles poco saludables de triglicéridos y el colesterol. "Sabemos que el sueño corto, por lo general definido como menos de 7 horas por noche; demasiado largo, más de 9 horas por noche, y trastornos del sueño pueden aumentar algunos de los factores de riesgo cardiovascular, pero no sabemos si mejorar la calidad del sueño reduce esos factores de riesgo. Gran parte de la investigación científica sobre el sueño y la salud del corazón se centra en el insomnio o la apnea del sueño. El insomnio se define como la dificultad para conciliar o mantener el sueño, por lo menos durante tres noches a la semana durante tres o más meses. La apnea del sueño se diagnostica cuando alguien tiene un promedio de cinco o más pausas en la respiración, que pueden durar de segundos a minutos, por hora de sueño. Estas pausas se deben a una vía respiratoria más estrecha de lo común ■

La ansiedad es factor de riesgo de muerte por cáncer en hombres

Los hombres que sufren de ansiedad tienen más del doble de probabilidades de morir de cáncer que los hombres que no presentan ese trastorno. Sin embargo, la ansiedad no está asociada con un aumento de las muertes por cáncer en las mujeres, según un amplio estudio británico y europeo presentado en la reunión del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología (ECNP, por sus siglas en inglés), que se celebra en Viena (Austria). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema de salud mental común que es incapacitante y debilitante, y lleva a mayor riesgo de suicidio. Afecta a alrededor del 5 por ciento de la población adulta y se caracteriza por preocupación excesiva e incontrolable sobre muchas áreas de la vida, con los afectados experimentando síntomas como tensión muscular, insomnio, falta de concentración e inquietud. Estudios previos han examinado si la ansiedad se vincula con la muerte temprana de las principales causas de enfermedad, pero los resultados han sido mixtos o distintos. Los autores encontraron que 126 de 7.139 hombres y 215 de cada 8.799 mujeres tenían TAG y durante un perio-



do de 15 años, 796 hombres y 648 mujeres murieron de cáncer. Durante el periodo de seguimiento de 15 años, vieron que los hombres que sufren de TAG presentan el doble de probabilidades de morir de cáncer que los que no tienen ansiedad, una relación que no se encontró en las mujeres ■

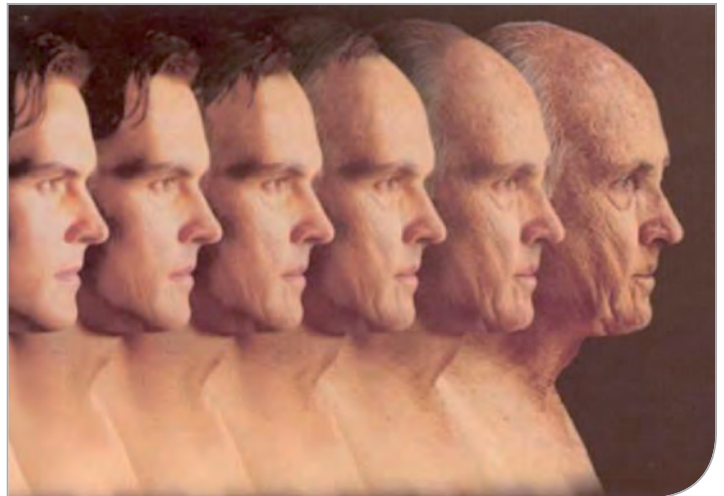


Logran resultados prometedores con una vacuna experimental contra el Párkinson

Se han presentado los resultados preliminares de un ensayo clínico en fase I en humanos con su vacuna en desarrollo frente a la enfermedad del Parkinson, en los que ha demostrado una respuesta inmune en el 86 por ciento de los pacientes, al tiempo que es segura y bien tolerada. El estudio, cuyos resultados se detallan en el Congreso Mundial de Parkinson, busca analizar la seguridad y la actividad inmunológica y clínica del compuesto 'Affitope PD01A'. La vacuna utiliza como diana una proteína específica denominada alfa-sinucleína, que desempeña una función clave en la aparición y progresión del Parkinson. Se probó en 22 participantes en dos dosis de 15 y 75 miligramos y, en ambos casos, se cumplió el objetivo inicial del estudio ya que fue segura y bien tolerada. Diecinueve de ellos presentaron una respuesta inmune y doce de ellos (63 por ciento) desarrollaron anticuerpos específicos contra la alfa-sinucleína. Los anticuerpos inducidos por la vacuna fueron detectados en el líquido cefalorraquídeo de los participantes, y la respuesta inmune se mantuvo durante 24 semanas. En ningún caso se observó una concentración de anticuerpos limitante que alertara de una posible toxicidad y los efectos adversos más frecuentes fueron reacciones en el lugar de la inyección. En el único efecto adverso grave detectado se determinó que no estaba relacionado con el uso de la vacuna ■

La exposición a la luz brillante es una posible terapia para los hombres con falta de interés en el sexo

La exposición a la luz brillante aumenta los niveles de testosterona y conduce a una mayor satisfacción sexual en hombres con bajo deseo sexual, según los resultados de un ensayo piloto aleatorizado controlado con placebo, presentado en la conferencia del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología (ECNP, por sus siglas en inglés), que se celebra en Viena, Austria. El bajo deseo sexual afecta a un número significativo de hombres después de los 40 años, con estudios que revelan que hasta el 25 por ciento de los hombres tienen problemas que dependen de la edad y otros factores. Los científicos habían notado previamente que el interés sexual varía según las estaciones, lo que provocó la idea de que los niveles de luz ambiental pueden contribuir al deseo sexual. Ahora, un grupo de científicos de la Universidad de Siena, en



Italia, han puesto a prueba las respuestas sexuales y fisiológicas a la luz brillante. Encontraron que el uso de una caja de luz brillante de manera regular a primeras horas de la mañana, similares a las empleadas para combatir el desorden afectivo estacional, condujo tanto a un aumento de los niveles de testosterona como a un mayor nivel de satisfacción sexual. Los investigadores también vieron que los niveles de testosterona aumentaron en los hombres que habían recibido tratamiento con luz activa. Los niveles medios de testosterona en el grupo de control no mostraron ningún cambio significativo en el transcurso del tratamiento, que fue alrededor de 2,3 ng/ml, tanto al principio como al final del experimento. Sin embargo, el grupo que recibió el tratamiento activo mostró un incremento de alrededor de 2,1 ng/ml a 3,6 ng/ml después de dos semanas ■

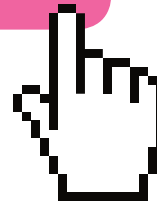


Nuevo dossier monográfico actualizado sobre Uso de Benzodiazepinas en Atención Primaria

Elaborado por:

Miquel Roca.

Institut Universitari d' Investigació en Ciències de la Salut
Red de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
(Rediapp, RETICS, Instituto Carlos III) Hospital Juan March
Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca



Descárguelo de forma gratuita en

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



Actividad acreditada por
la Comisión de Formación
Continuada de Profesiones
Sanitarias de la
Comunidad de Madrid





SedoTIME

KETAZOLAM

**Ansiolítico de noche y día
con eficacia miorrelajante^{1,2}**



Bajamos a
PRECIO DE REFERENCIA
en todas las presentaciones

 **FAES FARMA**

1.- NOMBRE COMERCIAL DEL MEDICAMENTO. SEDOTIME 45 mg 20 Cápsulas. SEDOTIME 30 mg 20 Cápsulas. SEDOTIME 15 mg 30 Cápsulas. **2.- COMPOSICION CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cápsulas conteniendo 15, 30 y 45 mg de Ketazolam (D.C.I.). Excipientes: c.s. **3.- FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas de gelatina dura para uso oral (15 mg, 30 mg y 45 mg). **4.- DATOS CLÍNICOS.** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Para el tratamiento de los estados de ansiedad patológicos que no puedan ser controlados por otros tratamientos no farmacológicos. Las benzodiazepinas solo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limite la actividad del paciente o lo somete a una situación de estrés importante. También, por su acción relajante muscular, ketazolam está indicado en la espasticidad asociada a los accidentes vasculares cerebrales, traumatismos espinales, síndrome cervical, rigidez de la encefalitis, etc. **4.2. Posología.** La duración del tratamiento debe ser lo más corta posible. Se deberá evaluar al paciente a intervalos regulares, considerando la necesidad de continuar el tratamiento, especialmente en aquellos pacientes libres de síntomas. De forma general, la duración total del tratamiento no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual del mismo. En ciertos casos, puede ser necesario prolongar el tratamiento más allá del periodo recomendado; dicha decisión sólo puede ser adoptada por el médico al cargo del paciente tras sopesar la evolución del mismo. **Adultos (mayores de 18 años).** La dosis efectiva para el tratamiento de la ansiedad varía de 15 a 60 mg cada 24 horas; es generalmente administrada en una sola dosis por la noche antes de acostarse, pero puede ser dividida en varias dosis durante 24 horas. Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis de 15 mg, que puede ser incrementada dependiendo de la respuesta al tratamiento. En muchos casos, una dosis de 30 mg antes de acostarse es efectiva. Al comenzar el tratamiento deberá controlarse regularmente al paciente con objeto de disminuir, si se estima necesario, la dosis o frecuencia de la administración y así prevenir una sobredosificación por acumulación. La recomendación de dosis en ancianos y pacientes con insuficiencia renal o hepática, debe adaptarse para evitar una sedación acusada. **Niños (menores de 18 años).** No hay datos disponibles para justificar el uso de Ketazolam en niños. **4.3. Contraindicaciones.** Miastenia gravis. Hipersensibilidad a las benzodiazepinas. Insuficiencia respiratoria severa. Síndrome de apnea del sueño. Insuficiencia hepática severa. Embarazo o lactancia. **4.4. Advertencias y precauciones de empleo.** **Tolerancia.** Después de un uso continuado durante algunas semanas, puede detectarse un cierto grado de pérdida de eficacia con respecto a los efectos hipnóticos. **Dependencia.** El tratamiento con benzodiazepinas puede provocar el desarrollo de dependencia física y psíquica. El riesgo de dependencia se incrementa con la dosis y duración de tratamiento y es también mayor en pacientes con antecedentes de consumo de drogas de abuso o alcohol. Una vez que se ha desarrollado la dependencia física, la finalización brusca del tratamiento puede acompañarse de síntomas de retirada, tales como cefaleas, dolores musculares, ansiedad acusada, tensión, intranquilidad, confusión e irritabilidad. En los casos graves, se han descrito los siguientes síntomas: despersonalización, hiperacusia, hormigueo y calambres en las extremidades, intolerancia a la luz, sonidos y contacto físico, alucinaciones o convulsiones. **Insomnio de rebote y ansiedad.** Se ha descrito un síndrome de carácter transitorio tras la retirada del tratamiento, caracterizado por la reaparición de los síntomas- aunque más acentuados- que dieron lugar a la instauración del mismo. Se puede acompañar por otras reacciones tales como cambios en el humor, ansiedad o trastornos del sueño e intranquilidad. Ya que la probabilidad de aparición de un fenómeno de retirada/rebote es mayor después de finalizar el tratamiento bruscamente, se recomienda disminuir la dosis de forma gradual hasta su supresión definitiva. **Duración del tratamiento.** La duración del tratamiento debe ser la más corta posible (ver Posología). Nunca debe prolongarse el tratamiento sin una re-evaluación de la situación del paciente. Puede ser útil informar al paciente al comienzo del tratamiento de que éste es de duración limitada y explicarle de forma precisa cómo disminuir la dosis progresivamente. Además es importante que el paciente sea consciente de la posibilidad de aparición de un fenómeno de rebote, lo que disminuirá su ansiedad ante los síntomas que pueden aparecer al suprimir la medicación. Cuando se utilizan benzodiazepinas de acción larga es importante advertir al paciente de la inconveniencia de cambiar a otra benzodiazepina de acción corta, por la posibilidad de aparición de un fenómeno de retirada. **Amnesia.** Las benzodiazepinas pueden inducir una amnesia anterógrada. Este hecho ocurre más frecuentemente transcurridas varias horas tras la administración del medicamento por lo que, para disminuir el riesgo asociado, los pacientes deberían asegurarse de que van a poder dormir de forma ininterrumpida durante 7-8 horas (ver Efectos indeseables). **Reacciones psiquiátricas y paradójicas.** Las benzodiazepinas pueden producir reacciones tales como, intranquilidad, agitación, irritabilidad, agresividad, delirios, ataques de ira, pesadillas, alucinaciones, psicosis, comportamiento inadecuado y otros efectos adversos sobre la conducta. En caso de que esto ocurriera, se deberá suspender el tratamiento. Estas reacciones son más frecuentes en niños y ancianos. **Grupos especiales de pacientes.** Las benzodiazepinas no deben administrarse a niños a no ser que sea estrictamente necesario; la duración del tratamiento debe ser la mínima posible. Los ancianos deben recibir una dosis menor. También se recomienda utilizar dosis menores en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica por el riesgo asociado de depresión respiratoria. Las benzodiazepinas no están indicadas en pacientes con insuficiencia hepática severa, por el riesgo asociado de encefalopatía. Las benzodiazepinas no están recomendadas para el tratamiento de primera línea de la enfermedad psicótica. Debido a que existe el riesgo de aparición de una crisis epiléptica cuando se interrumpe bruscamente el tratamiento con benzodiazepinas, el uso de estos fármacos debe hacerse con precauciones especiales en pacientes epilépticos. Las benzodiazepinas no deben usarse solas para el tratamiento de la ansiedad asociada a depresión (riesgo de suicidio). Las benzodiazepinas deben utilizarse con precaución extrema en aquellos pacientes con antecedentes de consumo de drogas o alcohol. Los pacientes con Sedotime u otros medicamentos psicotropos, deberán abstenerse de consumir bebidas alcohólicas. **4.5 Interacciones.** El efecto sedante puede potenciarse cuando se administra el producto en combinación con alcohol, lo que puede afectar a la capacidad de conducir o utilizar maquinaria. Se puede producir una potenciación del efecto depresor sobre el SNC al administrar concomitantemente antipsicóticos (neurolepticos), hipnóticos, ansiolíticos/sedantes, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiepilépticos, anestésicos y antihistamínicos sedantes. Ketazolam reduce el efecto de los anticonvulsivantes, por lo que deberá hacerse un ajuste de la dosis de estos medicamentos. En el caso de los analgésicos narcóticos también se puede producir un aumento de la sensación de euforia, lo que puede incrementar la dependencia psíquica. Los compuestos que inhiben ciertas enzimas hepáticas (particularmente el citocromo P450) pueden potenciar la actividad de las benzodiazepinas. En menor grado, esto también es aplicable a aquellas benzodiazepinas que se metabolizan exclusivamente por conjugación. **4.6 Embarazo y Lactancia.** Si el producto se prescribe a una mujer que pudiera quedarse embarazada durante el tratamiento, se le recomendará que a la hora de planificar un embarazo o de detectar que está embarazada, contacte con su médico para proceder a la retirada del tratamiento. Si, por estricta exigencia médica, se administra el producto durante una fase tardía del embarazo, o a altas dosis durante el parto, es previsible que puedan aparecer efectos sobre el neonato como hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria moderada. Los niños nacidos de madres que toman benzodiazepinas de forma crónica durante el último periodo del embarazo pueden desarrollar dependencia física, pudiendo desencadenarse un síndrome de abstinencia en el periodo postnatal. Debido a que las benzodiazepinas se excretan por la leche materna, su uso está contraindicado en madres lactantes. **4.7. Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** La capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria puede verse negativamente afectada por la sedación, amnesia, dificultad en la concentración y deterioro de la función muscular que pueden aparecer como consecuencia del tratamiento. Además, los periodos de sueño insuficientes pueden incrementar el deterioro del estado de alerta (ver Interacciones). **4.8. Reacciones adversas.** Como con otras benzodiazepinas las siguientes reacciones adversas pueden ocurrir: Somnolencia, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, confusión, fatiga, cefalea, mareo, debilidad muscular, ataxia o diplopia. Estos fenómenos ocurren predominantemente al comienzo del tratamiento y generalmente desaparecen con la administración continuada. Otras reacciones adversas tales como alteraciones gastrointestinales, cambios en la libido o reacciones cutáneas pueden ocurrir ocasionalmente. **Amnesia.** Puede desarrollarse una amnesia anterógrada al utilizar dosis terapéuticas, siendo mayor el riesgo al incrementar la dosis. Los efectos amnésicos pueden asociarse a conductas inadecuadas (ver Advertencias y precauciones). **Depresión.** La utilización de benzodiazepinas puede desenmascarar una depresión existente. **Reacciones psiquiátricas y paradójicas.** Al utilizar benzodiazepinas o compuestos similares, pueden aparecer reacciones tales como intranquilidad, agitación, irritabilidad, agresividad, delirio, ataques de ira, pesadillas, alucinaciones, psicosis, comportamiento inadecuado y otras alteraciones de la conducta. Dichas reacciones pueden ser severas y aparecen más frecuentemente en niños y ancianos. **Dependencia.** La administración del producto (incluso a dosis terapéuticas) puede conducir al desarrollo de dependencia física: la supresión del tratamiento puede conducir al desarrollo de fenómenos de retirada o rebote (ver Precauciones y Advertencias). Puede producirse dependencia psíquica. Se han comunicado casos de abuso. **4.9 Sobredosificación.** Al igual que ocurre con otras benzodiazepinas, la sobredosis no representa una amenaza vital a no ser que su administración se combine con otros depresores centrales (incluyendo alcohol). El manejo clínico de la sobredosis de cualquier medicamento, siempre debe tener en cuenta la posibilidad de que el paciente haya ingerido múltiples productos. La sobredosificación con benzodiazepinas se manifiesta generalmente por distintos grados de depresión del sistema nervioso central, que pueden ir desde somnolencia hasta coma. En casos moderados, los síntomas incluyen somnolencia, confusión y letargia; en casos más serios, pueden aparecer ataxia, hipotonía, hipotensión, depresión respiratoria, raramente coma y muy raramente muerte. Tras una sobredosis de benzodiazepinas, debe inducirse el vómito (antes de una hora) si el paciente conserva la consciencia o realizarse un lavado gástrico con conservación de la vía aérea si está inconsciente. Si el vaciado gástrico no aporta ninguna ventaja, deberá administrarse carbón activado para reducir la absorción. Deberá prestarse especial atención a las funciones respiratoria y cardiovascular si el paciente requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Puede usarse el flumazenilo como antídoto. **6.- DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1. Relación de excipientes.** Sterotex (aceite vegetal hidrogenado), Carboximetilcelulosa cálcica. Cápsula: Eritrosina (E127), índigo carmín (E132), dióxido de Titanio (E171), amarillo quinoleína (E104) y gelatina. **6.2. Incompatibilidades.** No se han descrito. **6.3. Período de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Almacenar por debajo de 25°C. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** 15 mg cápsulas: 15 cápsulas por blister de PVC/PVDC, 30 cápsulas por estuche. 30 mg cápsulas: 10 cápsulas por blister de PVC/PVDC, 20 cápsulas por estuche. 45 mg cápsulas: 10 cápsulas por blister de PVC/PVDC, 20 cápsulas por estuche. **7 Titular de la autorización.** FAES FARMA S.A. Máximo Aguirre, 14. 48940 Leioa. **PRESENTACIONES Y PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.** Envase con 30 cápsulas conteniendo cada una, 15 mg, de Ketazolam. P.V.P. IVA: 3,40 Euros. Envase con 20 cápsulas conteniendo cada una, 30 mg, de Ketazolam. P.V.P. IVA: 4,54 Euros. Envase con 20 cápsulas conteniendo cada una, 45 mg, de Ketazolam. P.V.P. IVA: 6,81 Euros. **FECHA DE PUBLICACIÓN.** MAYO 2000.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ficha Técnica Sedotime completa en www.aemps.es 2. Ketazolam. Drugs og Today 2006, 42 (supl.9): 1-15

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, inmuno-depresión 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 o 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 norgestimat. 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 ($\geq 10\%$), Frecuentes (de $\geq 1\%$ a $< 10\%$), Poco frecuentes (de $\geq 0,1\%$ a $< 1\%$), Raras (de $\geq 0,01\%$ a $< 0,1\%$), Muy raras, incluyendo casos aislados ($\leq 0,01\%$). **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: Diplopia. **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, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, rectorragia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquinuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Rash, rash macular, sudor frío, fotossensibilización. **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 gripa. **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, púrpura, prurito generalizado, prurito genital, eritema, eritema palmar, dermatitis alérgica, exantema, rash, rash entomatoso, rash borbiliforme, 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, sólo recomendar, si es necesario, tratamiento sintomático y medidas de soporte. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS:** El medicamento Spiraxin contiene Rifaximina [4-deoxi-4'-metilpirrido (1',2'-1)imidazo (5,4-c) Rifamicina SV] en su forma polimérica oral. **Propiedades farmacodinámicas:** Grupo farmacoterapéutico: antimicrobianos 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 en su forma polimérica oral (α) y su escasa absorción en el tracto gastrointestinal (inferior al 1%), favorece 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, 235 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 poliméricas de Rifaximina diferentes a la 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), Diestearato de glicerol, Silíce coloidal anhidra, Talco, Celulosa microcristalina, Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato 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 WASSERMANN, 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 cochinita 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 cochinita 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 ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/100$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ 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, melenas, 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 cochinita 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



SALA DE LECTURA

Novedades bibliográficas

Oncología

En el amor y en el cáncer

Autor: Fundación Más que ideas

La Fundación Más que ideas ha lanzado este manual por medio de un *crowdfunding* que ha implicado a 230 personas y organizaciones, que han querido hacer realidad este proyecto.

En el amor y en el cáncer recoge situaciones y problemáticas que abordan todas las fases de la enfermedad, las posibles recaídas o el rol de la pareja en la toma de decisiones. Además de



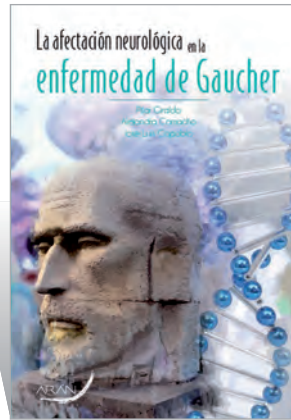
consejos y experiencias, este libro es un reconocimiento a las miles de personas que acompañan a sus parejas durante la enfermedad. Sus autores han querido transmitir que su salud también importa y que hay muchas cosas que pueden tener en cuenta para mejorar el bienestar de los pacientes y el suyo propio. “La vivencia de la enfermedad es única para cada persona por lo que proponemos que el lector haga suyo este libro y lo adapte a su situación concreta. Encontrará información, soluciones y estrategias que pretenden dar respuesta a las dificultades que surgen tras el diagnóstico, como los efectos secundarios, los cambios en las dinámicas familiares y sociales o las repercusiones económicas. La vida de la pareja del paciente también cambia y su papel es fundamental durante el proceso de la enfermedad”, señala Diego Villalón, presidente de Fundación Más que ideas y coautor del libro ■

Neurología

La afectación neurológica en la enfermedad de Gaucher

Editado por Pilar Giraldo, Alejandra Camacho y José Luis Capablo

En este libro participan 35 autores españoles e iberoamericanos que abordan todos los aspectos de la afectación neurológica en la enfermedad de Gaucher, desde su epidemiología hasta la disfunción mitocondrial, los genes implicados, el valor de los biomarcadores, las implicaciones del sistema inmune, el uso de la neuroimagen funcional o el tratamiento de la enfermedad, entre muchos otros temas.



Publicado por Arán Ediciones con la colaboración de CIBERER, la Fundación Española para el Estudio y Terapéutica de la Enfermedad de Gaucher y otras Lisosomales (FEETEG) y Sanofi-Genzyme, está editado por los doctores Pilar Giraldo, Alejandra Camacho (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez de México) y José Luis Capablo (U752 CIBERER) ■

Gastroenterología

Probióticos, prebióticos y salud: Evidencia científica

Autor: SEPyP

La Sociedad Española de Probióticos y Prebióticos (SEPyP) ha lanzado la obra *Probióticos, prebióticos y salud: Evidencia científica*. Se trata de una obra que, por primera vez en España, recoge toda la evidencia científica existente en materia de probióticos y prebióticos.

Está estructurada en tres bloques temáticos. El primero, coordinado por Abelardo Margolles, del Departamento de Microbiología y Bioquímica de Productos Lácteos del Instituto de Productos Lácteos de Asturias (IPLA-CSIC) y vocal de SEPyP, aborda los capítulos generales sobre Probióticos, Prebióticos y la Microbiota.

Ascensión Marcos, del Departamento de Metabolismo y Nutrición del Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos (ICTAN-CSIC) y vicepresidenta de SEPyP, ha sido la encargada de coordinar los capítulos de Inmunonutrición.

Por último, Guillermo Álvarez Calatayud, pediatra especialista en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón de Madrid y presidente de SEPyP, ha editado los temas de los bloques Aplicaciones Clínicas tanto actuales como futuras y una miscelánea de capítulos en el que se abordan diferentes aspectos como la relación con los medios de comunicación.

Para realizar la obra, SEPyP ha contado con la colaboración de profesionales reconocidos y expertos en cada uno de los bloques temáticos que se abordan: investigadores básicos, microbiólogos y médicos de diferentes especialidades son los principales perfiles ■



Seguro de **Responsabilidad Civil Profesional**



Responsabilidad
Civil Profesional
más de
20
AÑOS

*Asegurando
su Tranquilidad*

LLEVAMOS
MÁS DE
20 AÑOS
ASEGURANDO
EL EJERCICIO
PROFESIONAL DE
QUIENES EJERCEN
LA SANIDAD

En A.M.A.
aseguramos
su tranquilidad
profesional

AHORA, INCLUIDO EN PÓLIZA SIN COSTE ALGUNO:

- ✓ AMPLIACIÓN DE GARANTÍA POR SUBSIDIO POR INHABILITACIÓN TEMPORAL EN CAPITAL Y TIEMPO
- ✓ DENTRO DE LA RC DE EXPLOTACIÓN, AÑADIMOS LA RC LOCATIVA
- ✓ ASESORAMIENTO JURÍDICO COMO TESTIGO PARA INFORMES Y DICTÁMENES
- ✓ ELABORACIÓN DE INFORMES PERICIALES



www.amaseguros.com
902 30 30 10


Síguenos en




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

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