

El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1225. Marzo 2022

Especial enfer
respirat

Evopad®

Estradiol/parche

¡Ya disponible!

25, 50, 70, 100

Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) para los síntomas de deficiencia de estrógenos en mujeres peri- y posmenopáusicas¹

EVOPAD® es una Terapia Hormonal Sustitutiva de **17-beta-estradiol** en parche transdérmico transparente disponible en cuatro presentaciones: 25, 50, 75 y 100 µg / 24h¹.

EVOPAD® amplía el compromiso de Theramex con el cuidado durante la menopausia y con la **salud de la mujer**.



FOROS EL MÉDICO
Salud Mental en el País Vasco

Avanc
patolo
po

Referencias:

1. Ficha técnica Evopad®
THX_ES_PRINTAD_006284

 **Theramex**
For Women, For Health

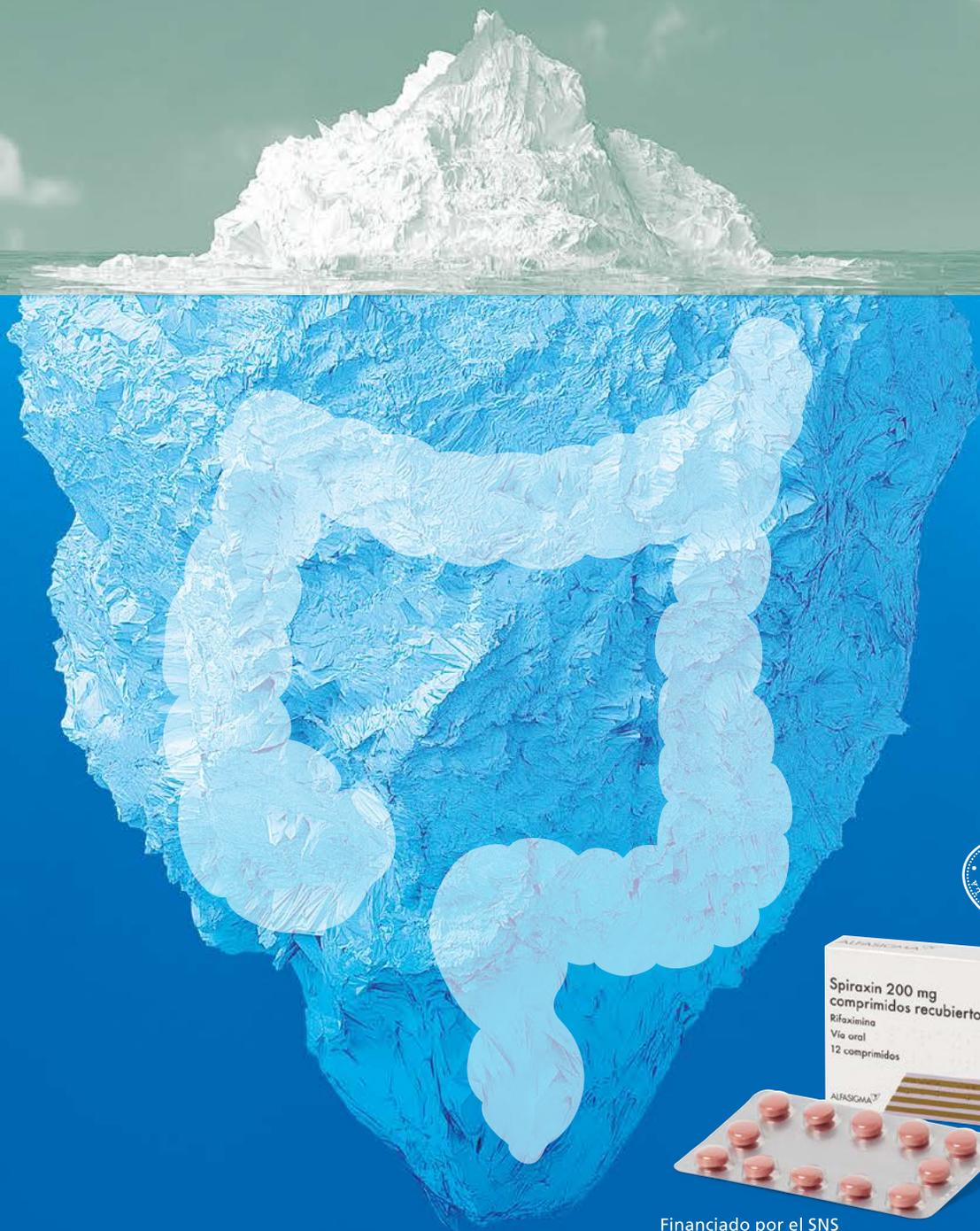
Ficha Técnica en págs. 80-81



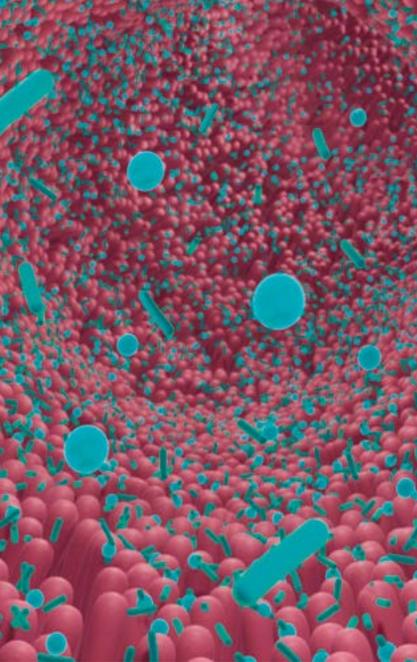
SPIRAXIN

Rifaximina- α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS



SUMARIO

ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

La COVID-19 ha impactado indudablemente en la patología respiratoria, tanto en su fase aguda, como en la gestión de las secuelas del llamado post-COVID. Sin embargo, no hay que olvidar que la Neumología ya contaba previamente con sus propios retos, entre ellos, mejorar sistemas de cribado, vacunación en adultos, medidas para reducir el impacto de factores de riesgo como el tabaco y la contaminación y, por supuesto, seguir avanzando en los tratamientos, cada vez más centrados en la Medicina Personalizada.



REPORTAJES

6 Avances y retos de la patología respiratoria postpandemia



26 La investigación en Medicina respiratoria no cesa en pandemia

ENTREVISTAS



14 Ferran Barbé
 Director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES)



20 Francisco García Río
 Presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)



32 Manuel Niño Camacho
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMIG)



38 Mirella Gaboli
 Secretaria de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP)



44 Concepción Gimeno y María del Remedio Guna
 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica



OTROS TEMAS

Reportaje: AB21 reduce síntomas y carga viral en pacientes ambulatorios con COVID-19 48

Foros EL MÉDICO: La Salud Mental en el País Vasco 56

Fue Noticia 66

Instantánea Médica 72

Sala de lectura 78

On Line 82

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nerea Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo, María San Narciso, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: Derecho Sanitario: Ricardo De Lorenzo.

Humanidades Médicas: Dr. Ángel Rodríguez Cabezas.

Publicidad Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: Gráficas Asociadas, S.L. Distribuye: Jarpa Manipulado y Marketing Postal.

Suscripciones: 9 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 Periódica n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2022. 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.



Seguros para cubrir lo que más importa.

Presentamos Ama Vida, la nueva gama de seguros de vida creada por A.M.A., la mutua de los profesionales sanitarios, para asegurar la tranquilidad de las familias de nuestros sanitarios y garantizar una protección a medida acorde con las circunstancias de su profesión.

Un seguro de vida flexible y de amplia cobertura que garantiza la estabilidad económica y el patrimonio de su familia en el caso de que usted no pueda hacerlo.

Nuevos seguros de Vida

www.amavidaseguros.com
913 43 47 01



Ama Vida
Seguros de vida para
profesionales sanitarios

A.M.A. MADRID Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Hilarión) Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Leganés) Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16 Tel. 911 75 03 33 leganes@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Villanueva) Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/ REPORTAJE



Avances y retos de la patología respiratoria postpandemia

La COVID-19 ha impactado indudablemente en la patología respiratoria, tanto en su fase aguda, como en la gestión de las secuelas del llamado post-COVID. Sin embargo, no hay que olvidar que la Neumología ya contaba previamente con sus propios retos, entre ellos, mejorar sistemas de cribado, vacunación en adultos, medidas para reducir el impacto de factores de riesgo como el tabaco y la contaminación y, por supuesto, seguir avanzando en los tratamientos, cada vez más centrados en la Medicina personalizada. Todo ello teniendo en cuenta que, si actualmente las enfermedades respiratorias agrupan gran parte de la mortalidad en España, la mayoría de ellas son prevenibles implantando medidas efectivas.

Texto  Silvia C. Carpallo

Fotos  EL MÉDICO



ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/REPORTAJE

Avances y retos de la patología respiratoria postpandemia

Las enfermedades respiratorias suponen, según datos de la Organización Mundial de la Salud, una inmensa carga sanitaria a nivel mundial. Para contextualizarlo, solo hace falta observar que cinco enfermedades respiratorias figuran entre las causas más comunes de muerte en todo el mundo. Entre ellas, sin duda, destaca la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). No obstante, se estima que 65 millones de personas padecen EPOC de moderada a grave, de los que aproximadamente tres millones mueren cada año. Esto la convierte en la tercera causa de muerte en todo el mundo, y lo preocupante es que los números están aumentando.

Por otra parte, se calcula que 334 millones de personas sufren de asma, afectando a al 14 por ciento de los niños en todo el mundo, y con una prevalencia también en aumento. Además, durante décadas, las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas se encontraron entre las tres principales causas de muerte y discapacidad entre niños y adultos. Aunque la carga es difícil de cuantificar, se estima que las infecciones respiratorias bajas causan casi 4 millones de muertes al año y es la causa principal de muertes entre niños menores de 5 años. Además, las infecciones agudas del tracto respiratorio inferior en niños marcan el escenario para enfermedades respiratorias crónicas futuras.

En España, la incidencia es igualmente significativa. Como ejemplo, el 11,8 por ciento de la población española mayor de 40 años tiene EPOC según el estudio 'Epi-Scan II'. De forma similar, otro tipo de patologías como es el síndrome de apneas e hipopneas del sueño (SAHS) afecta a un 6-8 por ciento de la población según la Sociedad Española del Sueño. Igualmente, en España en 2021, habría 29.549 nuevos casos estimados al año de cáncer de pulmón, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica.

En cuanto a mortalidad, el Instituto Nacional de Estadística (INE) publicaba en 2018 (por contextualizar este tipo de patologías

de forma previa a la pandemia) que, agrupando la causa de defunción según especialidades médicas, la Neumología se situaba en tercer lugar con casi 48.000 defunciones, tras Neurología (63.140) y Cardiología (54.000). Por enfermedades, el cáncer de bronquios y pulmón era la tercera causa de muerte (22.089 fallecidos) tras las enfermedades isquémicas del corazón (32.325) y las enfermedades cerebrovasculares (26.937).

La primera reflexión que cabe hacerse es que, pese a estas cifras, la mayoría de las enfermedades respiratorias son prevenibles. No obstante, el pulmón es el órgano más vulnerable a la infección y a las lesiones del ambiente externo, debido a la exposición constante a partículas, productos químicos y organismos infecciosos en el aire. Este es el principal motivo por el que los expertos ven necesario tomar conciencia de este tipo de patologías para adoptar las medidas urgentes necesarias. Algunas de ellas pasan por la prevención del tabaquismo y por reducir el impacto de la contaminación, los principales factores de riesgo. Pero también por mejorar el diagnóstico precoz con la implantación de nuevos cribados y avanzar en nuevos tratamientos personalizados.

En este contexto, la COVID-19 llegaba hace dos años, impactando especialmente en la salud respiratoria, tanto en su fase aguda, especialmente en los casos de neumonía, como en los casos de COVID persistente, en los que los síntomas respiratorios han sido una de las principales secuelas. De esta forma, tanto desde Atención Primaria como desde Atención Especializada han tenido que vigilar el posible impacto de la enfermedad de sus pacientes crónicos, como buscar nuevas formas de atención para todos los pacientes COVID.

La ampliación de las UCRI

En este escenario, en estos dos últimos años la Neumología ha tenido que adaptarse de forma rápida y efectiva, especialmente para atender a los pacientes más críticos. De forma general, cabe mencionar que la Neumología y la Medicina Intensiva son especialidades que en España se han desarrollado de forma separada a lo largo del tiempo. Sin embargo, la situación actual es bastante diferente. Ejemplo de ello es la relevancia que han tenido en los últimos años las unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI).

Una UCRI se define como un área de monitorización y tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o agudizada, ocasionada por una enfermedad primariamente respiratoria.

Cinco enfermedades respiratorias figuran entre las causas más comunes de muerte en todo el mundo, entre ellas, sin duda, destaca la EPOC

Su objetivo se centra en la monitorización cardiorrespiratoria y/o al tratamiento de la insuficiencia respiratoria mediante ventilación mecánica no invasiva. De esta forma, las UCRI están diseñadas para atender

a los pacientes respiratorios con un nivel de gravedad intermedia entre la UCI y la hospitalización convencional.

Estas unidades han tenido un papel clave en la gestión de la pandemia y han vivido una importante ampliación en España, que también será clave para el futuro tratamiento de otras patologías respiratorias. Cabe recordar que, si bien estas cifras han variado durante la pandemia, en general, hasta un 40 por ciento de los pacientes con problemas respiratorios ingresados en una UCI no precisan intubación, por lo que podrían ser atendidos en una UCRI.

Poniendo cifras a la expansión de estas unidades, durante la 6ª Edición de las Jornadas de Jefaturas de Servicio de Neumología de Andalucía y Extremadura, celebrado

en Córdoba, se ponía de manifiesto que las áreas de unidades de cuidados intermedios respiratorios y de soporte respiratorio no invasivo (SRNI) en 15 hospitales de primer y segundo nivel de Andalucía, Extremadura y Ceuta se han triplicado desde el inicio de la pandemia de COVID-19, y su número de camas se ha multiplicado por cinco, pasando de 10 a 47.

En esta línea, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) publicaba el pasado 2021 un documento sobre la organización de los cuidados de COVID-19. En el mismo se exponía que las UCIS tuvieron que aumentar su número de camas en hasta un 300 por ciento de su capacidad, pero las UCRIS de algunos centros han multiplicado por 4 su capacidad en camas y, en los dos meses de mayor demanda asistencial, han llegado a manejar el doble de pacientes que las UCIS.

En cuanto a los beneficios de las UCRIS, tal y como se publicaba en 'Archivos de Bronconeumología', han logrado evitar el ingreso en la UCI de casi el 50 por ciento de los pacientes graves por COVID. Por ello, los expertos señalan que es necesario consolidar y planificar la gestión de las UCRI creadas, y dar un paso más, generando una red de UCRI en todas las autonomías. El objetivo de esta red debe ser no solo contener la ocupación de camas UCI, sino asegurar tratamiento a los pacientes con techo terapéutico.

El impacto de la patología respiratoria en la pandemia

Desde los inicios de la pandemia una de las cuestiones que más ha preocupado era conocer el impacto de la COVID en determinados pacientes crónicos que, por sus características, hacían prever una enfermedad más grave. Si bien, tras dos años de experiencia, se ha podido poner el foco en patologías más concretas, como la EPOC, y descartar el impacto en otros enfermos, como era el caso de los asmáticos.





ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/REPORTAJE

Avances y retos de la patología respiratoria postpandemia

María Gómez Antúnez, internista del Hospital 12 de Octubre y portavoz de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) explica que “al principio de la pandemia pensábamos que un alto porcentaje de los pacientes que hospitalizarían por COVID serían aquellos con patología respiratoria crónica, sobre todo pacientes con EPOC. Pronto nos dimos cuenta de que la frecuencia de hospitalización de los pacientes EPOC por COVID era menor de lo esperado, entre un 3 y un 7 por ciento según las diferentes series publicadas. Pero durante esta pandemia también hemos visto una disminución de las consultas y exacerbaciones por agudizaciones de la EPOC”.

En concreto, María Gómez Antúnez, explica que “en el paciente EPOC con COVID se relaciona con mayor mortalidad el sexo varón y los antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica moderada-severa, enfermedad cerebrovascular con secuelas, enfermedad neurológica degenerativa, la demencia y una situación de dependencia funcional”.

Muchos de estos datos se han recabado gracias al ‘Registro SEMI-COVID-19.’ A fecha de 29 de noviembre de 2021, habían participado en el mismo 700 investigadores de la SEMI, incluyendo datos de más de 25.000 pacientes. La mortalidad de los pacientes con EPOC en el Registro SEMI-COVID es del 38,3 por ciento frente a una mortalidad del 19,2 por ciento en los pacientes sin EPOC.

Por otra parte, también según los datos del Registro SEMI-COVID, se ha podido saber que los pacientes que han tenido una enfermedad más grave y que tuvieron un síndrome de dificultad respiratoria aguda o que necesitaron ingreso en UCI pueden tener síntomas respiratorios como consecuencia de las secuelas de los daños sufridos, como cambios fibróticos pulmonares, opacidades o áreas de neumonía organizada. Sin embargo, como aclara Gómez Antúnez, “este es un pequeño porcentaje de los

pacientes, suelen ser varones, mayores de 70 años y con comorbilidades”

La investigación respecto a la patología pulmonar post-COVID aún sigue en activo. Como ejemplo, el INCLIVA (Instituto de Investigación Sanitaria) del Hospital Clínico de Valencia ha iniciado un estudio sobre el desarrollo de fibrosis pulmonar en pacientes con neumonía moderada o severa por COVID tras haber recibido el alta hospitalaria. Este estudio da continuidad a uno anterior sobre alteraciones en la función pulmonar, que reveló que un 22 por ciento de los pacientes más graves pueden presentar cambios fibróticos pulmonares.

La implantación de nuevos cribados

Más allá de la pandemia, mejorar el impacto de las enfermedades respiratorias pasa también por una detección precoz de las patologías con mayor morbimortalidad. De nuevo, en el caso de la EPOC, un reciente estudio publicado en ‘JAMA’ señalaba que las personas con alto riesgo de EPOC podían identificarse en 7 u 8 minutos usando un solo cuestionario o un cuestionario combinado con una evaluación del flujo espiratorio máximo (PEF), que prueba lo rápido que una persona puede exhalar.

A este respecto, Javier de Miguel, coordinador del Área de EPOC de SEPAR, señala que actualmente la espirometría es la prueba de referencia para el diagnóstico de EPOC. Sin embargo, dada la dificultad para realizar esta prueba en determinadas situaciones, podría recurrirse al uso de cuestionarios con preguntas de tipo clínico, como los señalados en el citado estudio. “Estos servirían de filtro al posible paciente”, aclara. “Con este tipo de abor-

dajes, se realizaría espirometría confirmatoria sólo a los casos con alta posibilidad de presentar un diagnóstico positivo para EPOC”.

Los programas de cribados en la patología respiratoria, además, pueden tener un papel clave en la solución de problemas como el infradiagnóstico. Es el caso, por ejemplo, del infradiagnóstico de la EPOC en mujeres. Tal y como se refleja en el estudio ‘Epi-Scan II’, en España se diagnostican solo el 20 por ciento de casos del total de mujeres afectadas. Esto es debido, prin-

cipalmente, a que a menudo existe un desconocimiento de los síntomas o confusión con los de otras enfermedades, lo que provoca que se pospongan las consultas médicas y se retrase el diagnóstico.

Más información hay respecto al cribado en cáncer de pulmón. Se calcula que aproximadamente el 70 por ciento de los diagnósticos se encuentra en los estadios IIIA y IV, fases avanzadas en las que los tumores ya no son operables. El cribado de cáncer de pulmón, por tanto, consiste en detectar cánceres en sus fases iniciales mediante una TAC periódica con dosis bajas de radiación. Desde SEPAR aportan que este tipo de cribado podría detectar a tiempo el 70 por ciento de los casos de cáncer de pulmón, antes de que sean irresecales.

De hecho, la Sociedad ha dado un paso más este 2022 y ha comenzado una iniciativa nacional, junto con otras sociedades científicas y asociaciones de pacientes, que plantea implementar un proyecto piloto de cribado de cáncer de pulmón centrado en el paciente. Este, de hecho, también se plantea desde una perspectiva conjunta con el cribado de EPOC.

Las UCRI han tenido un papel clave en la gestión de la pandemia y han vivido una importante ampliación en España, que también será clave para el futuro tratamiento de otras patologías respiratorias

“En nuestro programa de cribado hemos observado que el 80 por ciento de los pacientes que tienen cáncer de pulmón también tienen enfisema o EPOC. Por eso, pensamos que el cribado de cáncer de pulmón podría ser más eficaz si nos centramos no solo en su detección, sino también en la deshabituación tabáquica y la detección del enfisema y la EPOC”, explicaba con motivo del Día Mundial del Cáncer, Luis Seijo, neumólogo y coordinador del Área de Oncología Torácica de SEPAR.

Vacunas respiratorias en adultos

Además de los cribados, otra de las medidas preventivas es sin duda la vacunación. Así se ha demostrado, sin duda, este año con las vacunas para SARS-CoV-2. Pero también lo lleva años demostrando la vacunación contra la gripe. Datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estiman que la vacuna contra la influenza reduce el riesgo de enfermarse entre un 40 y un 60 por ciento en la población general. En España, según datos del Ministerio de Sanidad, en la temporada 2019-2020 la vacunación evitó el 26 por ciento de las hospitalizaciones, el 40 por ciento de los ingresos en UCI y el 37 por ciento de las defunciones atribuibles a la gripe en las personas de 65 años y mayores.

En este sentido, otro de los reclamos de SEPAR es la implantación de un calendario vacunal para el adulto con patología respiratoria. En concreto, consideran que los pacientes respiratorios crónicos deberían recibir aquellas vacunas que han demostrado ser eficaces para reforzar el sistema inmune del adulto, como las de la gripe, el neumococo, el herpes zoster y la tos ferina.

Factores de riesgo: tabaco y contaminación

Pese a avanzar en la mejora de la atención o en el diagnóstico, de poco sirven estas



intervenciones en la atención sanitaria si no se toman otras medidas preventivas para reducir la incidencia. Es por ello por lo que los expertos cada vez se muestran más preocupados por el impacto de la contaminación en la patología respiratoria. De hecho, los últimos datos afirman que la contaminación del aire ya se asocia con un 36 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón.

“Entre los efectos de contaminación sobre la salud respiratoria se encuentran un menor desarrollo pulmonar en niños expuestos, la aparición de síntomas respiratorios como tos y expectoración, el aumento de la susceptibilidad a las infecciones respiratorias, la mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón y el desarrollo de asma o EPOC o el empeoramiento de los síntomas de estas enfermedades, aumentando las consultas, las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios”, reflexiona de nuevo Javier de Miguel.

Según el experto, la contaminación es un problema global que requiere soluciones globales, como limitar el uso de combustibles contaminantes, reducir las emisiones de los vehículos, aumentar las zonas ver-

des y los espacios seguros para peatones, ampliar el transporte público e informar y educar a la población.

En esta línea, el otro gran enemigo a batir sigue siendo el tabaco. A este respecto, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) sigue insistiendo en que hay margen de mejora en la ley del tabaco. De esta forma, proponen modificaciones como el aumento del precio del tabaco y equiparar al alza la fiscalidad de los nuevos dispositivos de liberación de nicotina; establecer nuevos espacios libres de humo (no fumar donde haya personas); el empaquetado neutro; la regulación de la publicidad directa o indirecta y en las redes sociales.

Asimismo, el nuevo caballo de batalla es equiparar los cigarrillos electrónicos al tabaco clásico combustible. El CNPT recalca que la industria oculta que entre el 60-90 por ciento de usuarios siguen consumiendo de forma dual los cigarrillos.

Otro de los problemas es que el llamado “vapeo” está volviendo a fomentar el hábito tabáquico entre los jóvenes. Como ejemplo, el reciente trabajo ‘Nuevas formas de



ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/REPORTAJE

Avances y retos de la patología respiratoria postpandemia

inicio al tabaquismo en adolescentes' realizado en el Hospital de Can Misses (Ibiza) desvelaba que, de los jóvenes fumadores encuestados, el 30,7 por ciento comenzó a fumar con el vapedor. De hecho, el 10,4 por ciento decía haber probado alguna vez el cigarrillo electrónico, frente al 7,5 por ciento que había probado el cigarrillo convencional.

Avanzando hacia la Medicina personalizada

Si queda margen de mejora en cuanto a la prevención, parece que uno de los grandes avances se ha producido en cuanto a los tratamientos que, como en otras áreas, se dirigen cada vez más hacia la Medicina personalizada. Ejemplo de ello es el abordaje del asma. No obstante, la caracterización de los fenotipos del asma y el reconocimiento de estos permite cierta predicción de la respuesta a las nuevas terapias, lo que ha impulsado la búsqueda de nuevos biomarcadores.

De esta forma, en los últimos años han proliferado los marcadores biológicos o biomarcadores, que están adquiriendo un desarrollo progresivo, tanto en número como en fiabilidad, por la aplicación clínica de las técnicas moleculares en la investigación del asma. Los biomarcadores actuales se obtienen de elementos implicados en la inflamación crónica característica del asma (células o moléculas), y representan la situación en la que se encuentra la biología de esta enfermedad. La presencia de estos indica el grado de inflamación que hay en los bronquios de la persona asmática. Estos biomarcadores se pueden obtener en sangre, en la orina o en el esputo, aunque lo idóneo es que procedan de la vía aérea. No obstante,

para conocer la situación biológica de la enfermedad, resulta más fiable que el biomarcador se halle en la misma vía aérea afectada. Uno de los retos a este respecto es que, en ocasiones, estos biomarcadores no están accesibles y hay que utilizar técnicas invasivas como broncoscopia o el esputo.

Cabe recordar que, tal y como aporta la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC), el asma es la enfermedad crónica más común de la infancia. Afecta al 10-12 por ciento de los

Más allá de la pandemia, mejorar el impacto de las enfermedades respiratorias pasa también por una detección precoz de las patologías con mayor morbimortalidad

niños y su incidencia está aumentando. De acuerdo con el estudio 'Alergológica 2015', el asma supone el 32 por ciento de las primeras consultas de los menores de 14 años en los servicios de Alergología. Por delante de esta patología se encuentra únicamente la rinitis alérgica, que, en la mayoría de las ocasiones, precede en el tiempo al asma.

Aunque, sin duda, el mejor ejemplo de Medicina personalizada, en líneas generales, es el abordaje del cáncer de pulmón. Así lo afirman desde de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Desde la misma hacen hincapié en que el avance en la identificación de dianas moleculares en el cáncer de pulmón ha conseguido cambiar la historia natural de la enfermedad de muchos pacientes. En el momento actual, ya resulta imprescindible el estudio molecular de estos tumores para su correcta caracterización y tratamiento.

Desde la aprobación de los primeros fármacos frente a las mutaciones en EGFR, se ha seguido avanzando en el tratamiento dirigido de estos tumores, con nuevos fármacos cada vez más activos. Es el ejemplo también de tumores que tienen reor-

denamientos de ALK, reordenamientos de ROS1 o con fusión del gen RET o en NTRK. Además, se sigue avanzando en tratamientos dirigidos frente a otras dianas terapéuticas, como en los tumores con alteraciones de MET, mutación de HER2, entre otras. Por tanto, es indudable que los avances en cáncer de pulmón han sido mayúsculos en estos últimos años, situando a este subtipo tumoral en la vanguardia de la Medicina de precisión.

Superando cifras en trasplantes

Además de avanzar en tratamientos, otro de los logros es seguir mejorando los datos en cuestión de trasplantes. Según los datos históricos de la ONT, en los últimos 31 años, en España se han realizado 116.007 trasplantes de órganos. De ellos, 5.575 han sido de pulmón. Solo en este último año 2021, se realizaron 2.950 trasplantes renales, 1.078 hepáticos, 362 pulmonares, 302 cardíacos, 82 de páncreas y 7 intestinales. De esta forma, se puede observar como la actividad en trasplantes de pulmón sigue siendo de las más relevantes después de los trasplantes renales y de hígado.

Además, siguen realizándose intervenciones innovadoras. Ejemplo de ello era que, este enero de 2022, el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona realizaba por primera vez en España tres trasplantes de pulmón a una misma persona. Cabe recordar que un segundo o tercer trasplante de pulmón a una misma persona aumentan las complicaciones quirúrgicas al haber mayor incidencia de sangrado y adherencias, complicaciones inmunológicas. En este contexto, hay mucha gente que tiene rechazo crónico y con esta triple intervención se demuestra la posibilidad de nuevas alternativas.

Todo ello es una muestra de que la Neumología sigue estando a la vanguardia y de que, pese a los aumentos en la incidencia de diversas patologías y el escenario complejo que pueden presentar las secuelas post-COVID, cada vez hay más mejoras en el contexto de la atención sanitaria ■

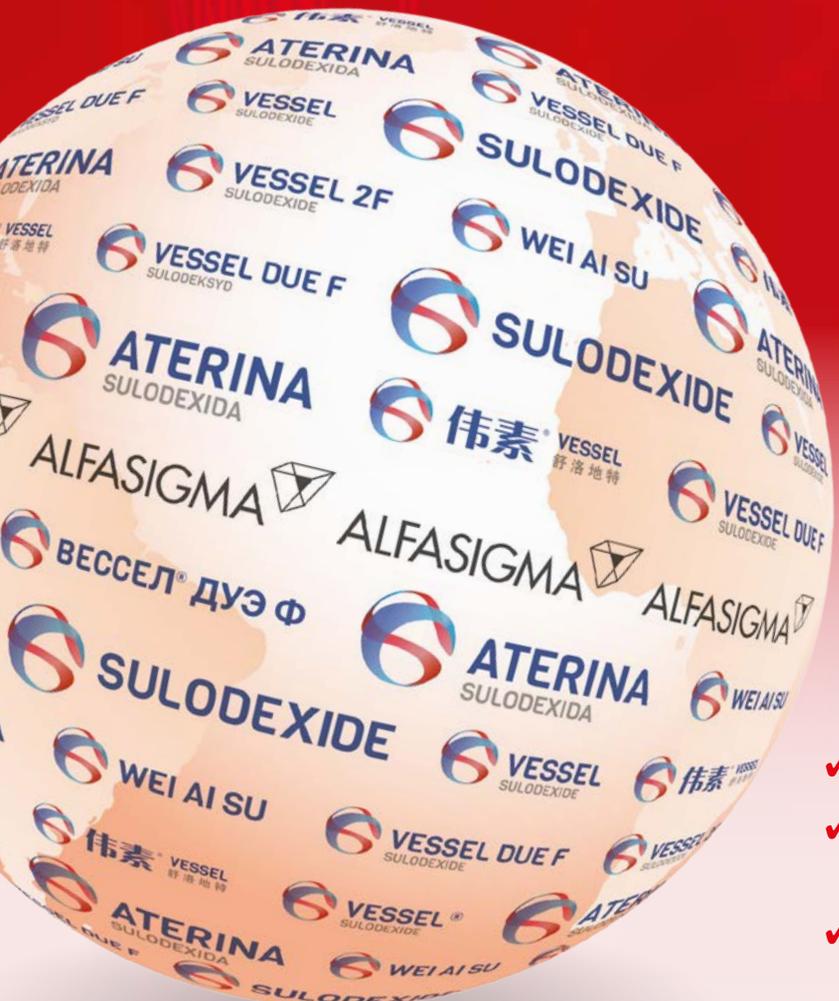


ATERINA

SULODEXIDA

El tratamiento eficaz
en todos los estadios de la
Insuficiencia Venosa Crónica⁽¹⁾

FINANCIADA desde
C3-Edema (moderado-grave)
a C6-Úlcera Venosa



Aportación Reducida



- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad



En gran medida,
la exposición al tabaco
es lo que marca
la salud
respiratoria
de una comunidad

Ferran Barbé

Director científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES)

Texto J N. Lauzirika

Fotos J CIBERES/EL MÉDICO



“En gran medida, la exposición al tabaco es lo que marca

la salud respiratoria de una comunidad”

El doctor Ferran Barbé es jefe del Grupo de Investigación Traslacional en Medicina Respiratoria del IRBLleida y director científico del Centro Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES). Esto implica que gestiona y coordina buena parte de la actividad científica respiratoria del Estado español. Reconoce que, desde marzo de 2020 hasta hoy, muchos de sus esfuerzos han estado centrados en la lucha contra la COVID-19, en entender bien lo que significa esta infección, en intentar ver y explicar preguntas, pero sin perder de vista otras patologías respiratorias de gran prevalencia en el país como el cáncer de pulmón, “cuyo pronóstico sigue siendo infausto”.

Sin duda, la patología respiratoria que más atención ha demandado en los últimos dos años ha sido la COVID-19, desde CIBER pusieron en marcha varios proyectos de investigación...

Sí. El proyecto más importante es Cibere-sucicovid. Su objetivo ha sido analizar la evolución de los pacientes que han tenido una infección grave y han necesitado ingresar en unidades de cuidados intensivos. Estudiamos cómo podemos predecir su evolución cuando han estado en la UCI. Para ello, unas 60 UCI con su personal, sus investigadores, han aunado esfuerzos con la financiación del Carlos III, que ha organizado un trabajo de dos años y que ha permitido reunir información de casi 9.000 pacientes infectados por SARS-CoV-2. Pacientes que han tenido una enfermedad grave y que han estado en UCI. Tenemos millones de datos, una inmensa cantidad de información, de registros.

¿Y ahora en qué proceso están?

Tenemos que analizar los datos, interpretarlos y entenderlos para que nos ayuden a explicar las cosas. Vemos que la mortalidad de los pacientes que han ingresado en UCI en España ha sido del 34 por ciento.

Pero en los que superan la fase aguda y, tras ser dados de alta, esa mortalidad solo ha aumentado un 1 por ciento anual. Es decir, que si se supera la fase aguda luego hay muy buen pronóstico. Esta es una información relevante.

¿Qué más datos han obtenido?

Que la presencia de material vírico en sangre es un signo de mal pronóstico, porque sugiere que el organismo no es capaz de controlar la enfermedad. Si el virus pasa al torrente sanguíneo y se expande por todo el organismo eso dura días, como si nuestro sistema inmunológico no fuera capaz de pararlo. Las personas que tienen material vírico en sangre son las que tienen peor pronóstico, mayor riesgo de mortalidad o de padecer complicaciones o de tener secuelas. También hemos podido saber que a tres o seis meses, y ahora analizamos al año, un importante porcentaje de pacientes tienen secuelas respiratorias.

¿Secuelas a pesar de que el pronóstico vital sea bueno?

Sí. Concretamente a los tres meses, el 70 u 80 por ciento de los pacientes presentan cicatrices y secuelas en los pulmones.

Además, hacia el año estaríamos hablando de que un 30 por ciento de los que han sobrevivido aún siguen teniendo algún tipo de problema respiratorio.

¿Han notado que con la COVID-19 ha habido un incremento de afecciones respiratorias? O al contrario, ¿han disminuido?

Hemos observado que durante la época del confinamiento los pacientes respiratorios crónicos estuvieron muy bien. El hecho de quedarse en casa, sin exponerse a una serie de factores de riesgo como la contaminación, el esfuerzo, mantener una vida en casa más o menos controlada sin hábitos tóxicos, por ejemplo, sin poder ir a comprar tabaco, ha disminuido tanto la mortalidad como las agudizaciones. Además, se ha reducido el consumo de recursos sanitarios por su parte. Han consultado digitalmente y han ido menos al médico de cabecera, han visitado en menor medida las urgencias, han ingresado menos y su consumo de medicamentos ha bajado, al tiempo que la mortalidad en ese periodo fue inferior. Las medidas de distanciamiento social, higiene y mascarilla también han influido positivamente en la morbilidad del paciente respiratorio crónico. Hemos comprobado que, al irse liberando las restricciones y “la vida retorna a la normalidad”, nuestros pacientes vuelven a empeorar con la misma incidencia y las mismas tasas de agudizaciones del año 2019.

¿Recomendaría la utilización discrecional de la mascarilla para pacientes con gripe, neumonías y otras dolencias respiratorias?

Creo que la mascarilla ha venido para quedarse. La tenemos ya integrada dentro de nuestro hábitat y convivencia. Ahora, cuando entras en un supermercado te po-



y cardiovascular. Tenemos unos índices de contaminación en las grandes ciudades, sobre todo Madrid y Barcelona, que en épocas de anticiclón hacen que nuestros niveles de partículas en aire, nocivas para el pulmón, estén por encima de los límites recomendados por la Organización Mundial de la Salud. Casi todos pensamos que en un entorno rural la salud respiratoria se vería favorecida, y probablemente sea así, pero no existen datos epidemiológicos contundentes para decir que un entorno sea mejor que otro.

¿Por qué?

Porque en el campo también hay exposiciones a otros materiales, no a los de la combustión de los coches, pero sí a los polvos orgánicos y a lo relacionado con la industria ganadera; todo eso influye. Yo vivo en Lleida, que es un entorno rural, y aquí los neumólogos estamos viendo lesiones crónicas en agricultores y ganaderos que, a nivel respiratorio, en Barcelona no veíamos. Lo que quiero decir, es que los pacientes respiratorios del entorno rural y urbano son diferentes, pero no significa que en un sitio haya mejor salud que en otro.

¿Cómo podría mejorarse el uso de antibióticos en el ámbito respiratorio?

Es difícil, porque forma parte casi de la idiosincrasia de la sociedad. El paciente reclama un tratamiento. Muchas veces para los sanitarios nos es más fácil hacerles una receta que convencerles sobre lo que tienen que hacer o no hacer. Hace falta educación a nivel social, más allá de hacer test, que ya se hacen en AP, sobre todo. También es verdad que el consumo de antibióticos difiere mucho por regiones. Si se llevara a cabo una política de educación y

nes la mascarilla, es un acto reflejo. Por la calle, aunque ya no es obligatoria, muchas personas van con ella, sobre todo la gente mayor, la que se considera más vulnerable. En invierno del año pasado no tuvimos gripe y este año, muy poca. Ha sido fundamentalmente por la mascarilla, por la distancia y la poca interacción social. La mascarilla es el factor decisivo.

Desde el punto de vista de la salud respiratoria, ¿cómo clasificaría a nuestro país? ¿Podría hacerse una diferencia entre zonas rurales y ciudades?

Tenemos los mismos problemas de salud respiratoria que cualquier otra sociedad oc-

cidental. En gran medida, la exposición al tabaco es lo que marca la salud respiratoria de una comunidad. Nuestra tasa de tabaquismo es bastante elevada, superior a la media europea; ahora está en un estancamiento, en torno al 27 o 28 por ciento de la población adulta, pero está claro que cuanto más baja sea la exposición al tabaco mejor será nuestra salud respiratoria. También la contaminación de nuestras ciudades tiene que ver con nuestra salud respiratoria

Los pacientes respiratorios del entorno rural y urbano son diferentes, pero no significa que en un sitio haya mejor salud que en otro



de concienciación, incluso entre los profesionales sanitarios, se podrían realizar intervenciones muy relevantes en el cambio de uso de antibióticos.

¿Qué tipo de proyectos?

Hay un programa que estamos desarrollando en Lleida de optimización del uso de antibióticos (PROA) que tiene unos resultados fantásticos en cuanto a la reducción de su uso a nivel de comunidad y en la disminución del porcentaje de resistencias de los microorganismos. Simplemente es tener un equipo de sanitarios que eduque o influya en el resto de profesionales y que monitoricen resultados. Es como una gota malaya, se va extendiendo y poco a poco se cambian hábitos. Se estima que un 60 por ciento de la prescripción antibiótica es innecesaria. Las técnicas de diagnóstico rápido pueden ser utilizadas en la misma consulta con el paciente sin necesidad de disponer de un laboratorio, y ayudar en la toma de decisiones.

Se ha referido a las resistencias antimicrobianas, ¿qué tendríamos que hacer, además de lo ya comentado, para que esto no nos ahogue?

Hay que identificar problemas. Por ejemplo, el uso de macrólidos. Aquí ha sido absolutamente exagerado para atajar afectaciones respiratorias. Si se identifica un problema se puede intervenir específicamente en la solución de ese problema. Se trata de un tema de concienciación. Si se interviene, si se trabaja, se consiguen resultados óptimos. Sería igualmente muy importante el llevar a cabo unas políticas de uso racional de antibióticos al entorno ganadero. Un control exhaustivo y riguroso, porque buena parte de las superbacterias, o problemas de resistencias, pueden venir por el uso excesivo de antibióticos en el ámbito ganadero, de la salud animal. La acción debe ser conjunta.

En la Atención Primaria, que es donde más se tratan las enfermedades respi-

ratorias, ¿cuáles son las más frecuentes?

Tenemos las bronquiolitis, el virus respiratorio sincitial, en la edad pediátrica, que ahora estamos en la época. En la etapa adulta, las bronquitis. ¿Y la EPOC? Sí. Pero es muy diferente una afectación viral respiratoria en una persona joven o sana, que esa misma afectación en un paciente crónico. El primero lo puede pasar casi sin enterarse o tomando algún analgésico, mientras que en el paciente respiratorio crónico, muchas veces, genera asistencia en AP o incluso requiere ingreso hospitalario.

¿Cómo es la relación entre niveles asistenciales en el ámbito de las patologías respiratorias?

Es susceptible de mejora. Hay mucho margen y por mucho que intentemos acercarnos los unos a los otros y que nuestros responsables trabajen por la continuidad asistencial es una asignatura pendiente. En el hospital vivimos de puertas para adentro y sobre esto ya se hablaba cuando empecé a trabajar, y cuando me vaya a jubilar creo que seguiremos con la situación más o menos igual. Soy escéptico porque no se toman medidas de fondo para que la relación entre Atención Primaria y Hospitalaria mejore. Ha de cambiarse el modelo asistencial, un cambio de 180 grados, todo lo demás es maquillaje.

¿Habría que trabajar por resultados?

Sí, y con una visión territorial, trabajar de forma absolutamente integrada. Para ello, hay que variar el modelo. La AP y la Especializada no pueden ser, de ninguna manera, elementos estancos independientes.

¿Podríamos decir que en el mundo de

las afecciones respiratorias las leyes antitabaco marcaron un antes y un después?

Sin ninguna duda, de las mejores cosas que ha hecho este país es legislar contra el tabaco. Hemos comprobado que cada aumento en la restricción en la accesibilidad al tabaco está asociado a un incremento de la salud, no solo respiratoria, sino también de la cardiovascular y de la oncológica de la comunidad. En este sentido, la SEPAR, que siempre ha enarbolado el estandarte de la lucha antitabaco, debe sentirse satisfecha; al igual que lo estamos todos los neumólogos del país.

¿Piensa, como la SEPAR, que se debiera restringir aún más el uso del tabaco?

Sin ninguna duda. No entiendo cómo se permite que las personas puedan fumar dentro del coche. Hay ciudades y países donde no puedes ni fumar por las calles andando. Te tienes que poner en un sitio que está marcado con un círculo en el suelo si quieres fumar; nada de ir fumando mientras paseas como ocurre aquí.

¿Los cánceres de las vías respiratorias están entre los más impactantes? ¿Esa idea de que estos tumores son más tratables es buena, mala o no es cierta desde el punto de vista de tratamiento?

El cáncer con más número de muertes es del pulmón. Es el que más mata en hombres y ahora mata más a mujeres, superando al de mama. Tenemos una asignatura pendiente, porque el pronóstico del cáncer de pulmón sigue siendo infausto. Y la única opción que tenemos para luchar contra él y su mal pronóstico es el diagnóstico precoz. Este pasa por poner en marcha campañas sistemáticas de cribado en la detección de este tumor en la población de riesgo. En esto estamos trabajando.

do muchas sociedades científicas, como la respiratoria, y comunidades de investigación como CIBERES. Nos volcamos en concienciar a nuestras autoridades sanitarias para que implementen lo antes posible, a nivel nacional, una campaña de cribaje del cáncer de pulmón. Hay que diagnosticarlo cuando tiene menos de 1 centímetro, cuando es un nódulo pequeño en el pulmón, apenas una manchita.

Y cuando esto no ocurre, ¿ya es demasiado tarde?

La operación es la única opción que puede curar. La radioterapia también, pero en casos concretos y menos relevantes. Se sitúa entre el 15 al 17 por ciento. Todos los demás llegan demasiado tarde. Y de los que se pueden operar, solo los que están en estadio 1 tienen una supervivencia relevante a los cinco años. O llegamos pronto al diagnóstico o el pronóstico es muy negativo.

Insistiendo sobre la COVID, ¿desde el punto de vista del estudio de impacto sobre afecciones respiratorias, les ha enseñado algo a los neumólogos?

Que falta mucho que aprender. Todo lo que hemos vivido y hemos pasado durante estos años nos ha enseñado mucho. Por ejemplo, que numerosas cosas que hacemos no son necesarias. Nos ha enseñado que las tecnologías nos pueden ayudar de verdad en el manejo de nuestras consultas externas. Nos ha indicado que algunos seguimientos son superfluos. Que nos hace falta recursos sanitarios, unidades de cuidados intensivos bien dotadas y que las unidades de semicríticos son fundamentales en el manejo y en el apoyo que pueden dar en el tratamiento de epidemias. Nos ha enseñado que, sin ciencia, sin conocimiento y sin investigación no hay futuro. También hemos concluido que somos capaces de hacer mucho más de lo que pensábamos, tanto a nivel asistencial como de investigación. Por otro lado, la sociedad ha aprendido a valorar el sistema sanitario de este país y el pa-

pel de las personas que nos ocupamos de la salud de los otros.

Se dice que habrá escasez de médicos, ¿también en este ámbito?

Habría escasez de médicos a todos los niveles, de todas las especialidades y también de respiratorio. Una escasez que ya la estamos sufriendo. Además, se agravará en los próximos 5 o 10 años porque se jubila toda una generación. En mi hospital hay dos vacantes de respiratorio, una situación que se repite en todos los centros hospitalarios, en todos se precisan más neumólogos. Por eso, no entiendo muy bien cómo no se facilita la formación o no se aumenta el número de plazas en la convocatoria MIR. Porque en el futuro inmediato habrá la mitad de especialistas en respiratorio de los que se demandarán. Solo se podrá cubrir la mitad de las necesidades. Esto es un problema grave.

¿Cuáles serían sus demandas profesionales?

Como médico plantearía que realmente se iniciase un debate sobre la Sanidad que llevara a un replanteamiento de nuestro sistema sanitario de cara a garantizar su sostenibilidad. La atención que usted quiera, cuando quiera y dónde quiera, eso se ha acabado. Eso hay que racionalizarlo porque es insostenible. Igual que la financiación hay que plantearla de forma más seria; hay que inventar otras fórmulas. Además, la inversión en investigación se debe de multiplicar por diez. Seguimos a la cola de los países de nuestro entorno y esto no puede ser.

¿La planificación de las necesidades sanitarias tendrían que despolitizarse?

Sí. Hay que dejarla en manos de los clínicos y profesionales para que planifiquen las necesidades de enfermeras, de médicos, etc., y que se ejecuten las acciones necesarias. Estamos caminando hacia una escasez de recursos humanos muy importante, con el agravante de que luego debemos de importar especialistas de fuera, que no siempre podemos asegurar que la capacidad forma-

tiva está al nivel de lo que tenemos aquí. Cuando me refiero al replanteamiento del modelo asistencial, quiero decir que el especialista ha de trabajar de especialista y se han de implementar relaciones flexibles en los puestos de trabajo. Aquí y ahora, o trabajas las 35 horas que tienes estipuladas por contrato

o haces reducciones; tienes un encorsetamiento brutal en el marco laboral.

¿Apuesta, entonces, por relaciones laborales más flexibles?

¿Por qué tengo que acabar de trabajar a las tres? Si hay pacientes con problemas respiratorios, pocos especialistas y necesidad, por qué no me dejen que trabaje hasta las 8 de la tarde y no tenga que ir a la privada o a no sé dónde. Sin embargo, si estás en un hospital te dicen que eso no se puede hacer. De dos especialistas tenemos que hacer tres. No puede ser que yo, a medida que voy ganando antigüedad vaya disfrutando de más días libres. Yo a los 55 años estoy en la plenitud de mi capacidad laboral. No quiero que me den un mes y medio de vacaciones, quiero mi mes, pero esos 15 días déjeme los trabajar y abónemelos; no me los compensen enviándome a casa. Me han formado para que trabaje ■



El infradiagnóstico pesa sobre las enfermedades respiratorias más comunes

Francisco García Río

Presidente de SEPAR

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | SEPAR/EL MÉDICO



“El infradiagnóstico pesa sobre las enfermedades respiratorias más comunes”

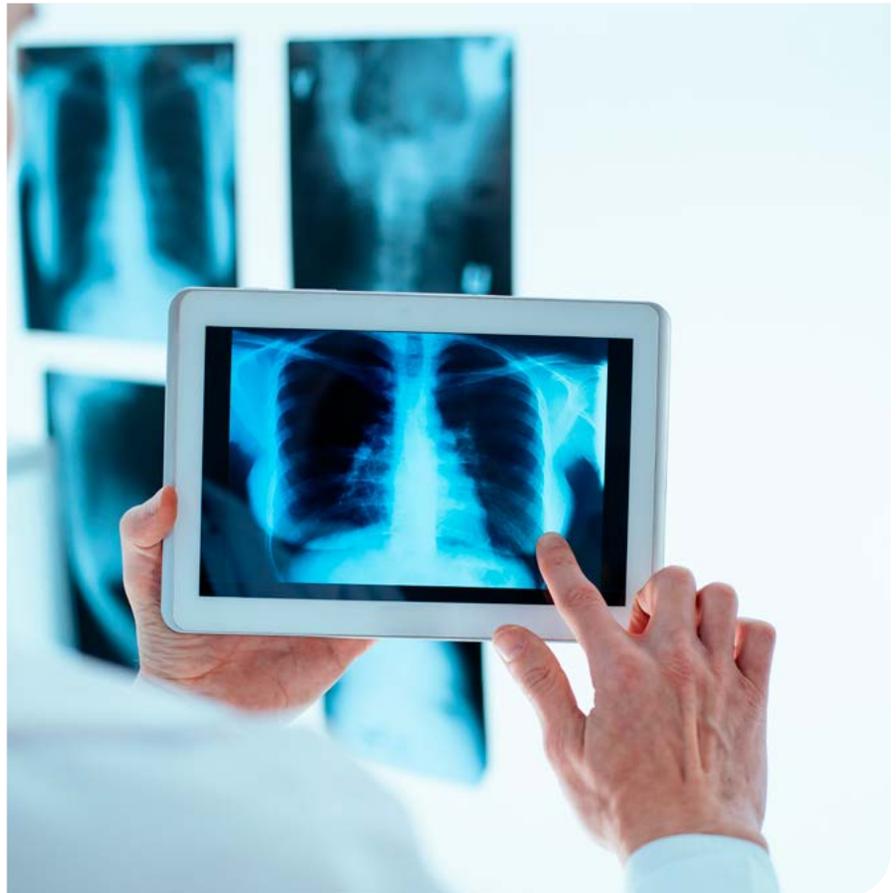
Uno de los grandes problemas de las enfermedades respiratorias más comunes, EPOC y apnea obstructiva del sueño, es el infradiagnóstico, que se ha visto agravado en estos años de pandemia.

¿Cuáles son las patologías respiratorias más comunes?

Entre los problemas respiratorios más frecuentes está la EPOC, que en nuestro país afecta casi al 12 por ciento de la población. También el asma resulta muy frecuente y la apnea obstructiva del sueño, con una prevalencia al 11-12 por ciento. No nos podemos olvidar de trastornos menores, como puede ser catarro.

Y, ¿las causas más frecuentes?

Las causas son muy diversas y depende de cada enfermedad, ya que cada una tiene unas causas específicas. En el caso de la EPOC, la causa principal, sin duda alguna, es el consumo de tabaco y la exposición al tabaquismo. Existe alguna predisposición en relación con las características genéticas, y la contaminación puede influir, al igual que algunos aspectos del crecimiento y del desarrollo infantil. En relación con el asma, es cierto que existe una predisposición genética en la que influyen distintos genes implicados, la sensibilización a distintos alérgenos, infecciones respiratorias en la infancia... Con respecto a la apnea obstructiva del sueño, tiene una presentación variable, aunque se relaciona más con la obesidad. Por supuesto, hay muchos pacientes que no son obesos, pero que tienen problemas en los músculos dilatadores de la vía aérea superior. Lo cierto, es que no están claramente establecidos los mecanismos que la producen.



¿Existen factores genéticos que predisponen al desarrollo de patología respiratoria?

En EPOC hay un factor genético que es el déficit de la alfa 1 antitripsina que favorece el desarrollo de un tipo de EPOC, el enfisema, que se da en pacientes jóvenes a partir de los 30-40 años. En apnea obstructiva del sueño se han explorado genes relacionados que se centran en los de la obesidad. Hay otras enfermedades respiratorias menos frecuentes que tienen un componente genético. Un claro ejemplo es la fibrosis quística, una enfermedad genética más frecuente que se produce por un problema de malabsorción y distintas alteraciones a nivel respiratorio que favorece el desarrollo de infecciones frecuentes. Se han desarro-

llado tratamientos genéticos con genes que modifican la expresión de la proteína transportadora de cloro, que es la que produce la enfermedad.

¿En qué nivel asistencial se detecta la mayor parte de la patología respiratoria?

Este es uno de los problemas. Mi respuesta sería casi en ninguno. Uno de los problemas que tenemos más importantes para patologías respiratorias, seguramente con otras enfermedades, es que hay una tasa de infradiagnóstico importante. Lo ideal es que se detecte en Atención Primaria, como entrada en el sistema sanitario, y en casos más complejos o que necesitan más pruebas en Atención Especializada.

Pero la realidad es que en la inmensa mayoría de los casos tenemos un número importante de pacientes que no están diagnosticados y que por lo tanto no se pueden beneficiar de un tratamiento que evite la progresión de la enfermedad.

¿Cómo se conoce esa tasa de infradiagnóstico?

Se ha hecho estudio a nivel nacional, el estudio EPI-SCAN 2, sobre la EPOC y se ha demostrado que la prevalencia de la EPOC en España es de 12,8 por ciento, pero se demostró que casi el 75 por ciento de los pacientes con EPOC no lo saben. No han sido diagnosticados ni por Primaria ni por Especializada. En el caso de la apnea obstructiva del sueño pasa lo mismo, muchos pacientes creen que la facilidad para dormirse en determinadas situaciones y los ronquidos forman parte de la edad, y si además hay obesidad, la apnea obstructiva del sueño es una situación normal y por eso no consultan.

¿Cómo se lleva a cabo el diagnóstico de las enfermedades respiratorias?

Cada enfermedad se diagnostica con criterios distintos. Hay enfermedades en las que se necesitan pruebas de imágenes y en otras biopsias pulmonares o estudios del sueño. Lo primero que hay que hacer es realizar una prueba de función respiratoria para valorar como funciona el sistema respiratorio. En este sentido, la prueba más estándar es la espirometría.

¿En qué consiste?

Es una prueba sencilla que consiste en soplar por una boquilla durante unos 10 segundos aproximadamente. Por sí sola permite evidenciar la obstrucción que caracteriza la EPOC, sirve para el diagnóstico del asma y de las enfermedades restrictivas. Es decir, para la inmensa mayoría de las enfermedades.

¿Qué se puede hacer para mejorar el diagnóstico?

Es algo en lo que llevamos mucho tiempo trabajando, en colaboración con los médicos de Atención Primaria, pues necesitaríamos generalizar la espirometría a todos los niveles. Cuando cualquier persona se somete a un examen de salud se hace una analítica rutinaria, un electrocardiograma o una radiografía, nosotros proponemos que también se haga una espirometría.

¿Qué se ha mejorado en estos últimos años en el diagnóstico de las enfermedades respiratorias?

Se ha avanzado mucho en las pruebas de imagen y en las pruebas de abordarje quirúrgico. Además, se han identificado y se están identificando biomarcadores nuevos que tienen valor diagnóstico e incluso pronóstico. También se ha mejorado en la caracterización genética de los pacientes. Se ha mejorado la broncoscopia, las técnicas que tienen que ver con el manejo de la pleura, con distintos sistemas de navegación electromagnética,... Esto permite realizar procedimientos que hace años que serían impensables.

El campo de la función pulmonar se ha mejorado gracias al desarrollo informático con el que se ha podido simplificar sistemas y hacer equipos que son portátiles que pueden estar interconectados.

¿Cómo es la relación de Primaria y Especializada en el manejo de la patología respiratoria?

La relación con Primaria es magnífica. Creo que somos una de las especialidades que tenemos una relación más estrecha con la Atención Primaria en todos los niveles. Existe buena fluidez en la comunicación entre nosotros en la inmensa ma-

yoría de los casos, ya que participamos en el manejo conjunto de los enfermos. En la situación actual, por la sobrecarga asistencial y el colapso del sistema sanitario que ha originado la COVID-19, Primaria está viviendo un momento muy complicado, casi de colapso. En Atención Especializada no estamos mucho mejor, porque tenemos una sobrecarga originada por la COVID-19.

¿Se ha visto un aumento de la incidencia de la tuberculosis?

Los datos de tuberculosis hay que tomarlos con cierta cautela. De hecho, la incidencia de tuberculosis no está bajando como debería bajar, cuanto menos se mantiene o incluso está subiendo. Hay tres aspectos que son muy importantes a tener en cuenta. Primero, la situación actual de la COVID y la sobrecarga que genera está afectando al diagnóstico y al tratamiento de todos los problemas respiratorios y de todas las enfermedades crónicas y, desde luego, a la de la tuberculosis. Hay un segundo problema, y es que existe un cierto grado de desa-

bastecimiento con algunos fármacos antituberculosos. Nosotros como sociedad científica insistimos mucho porque es un problema que vivimos a diario, ya que

hay que cambiar el tratamiento porque de repente el fármaco que utiliza un paciente deja de existir. El tercer punto es que algunos fármacos nuevos, que están aceptados por las agencias europeas y agencia americana para tratar a pacientes con tuberculosis fundamentalmente tuberculosis multirresistentes, no están financiados por el Sistema Nacional de Salud. En los casos de diagnóstico tardío de la tuberculosis y de incremento de las resistencias sería muy útil disponer de estos fármacos.

¿Se puede relacionar el aumento de los casos de tuberculosis con la pandemia por la COVID-19?



Sí, pero sucede lo mismo en la totalidad de las enfermedades respiratorias crónicas. La COVID-19 es una enfermedad eminentemente respiratoria que está generando una sobrecarga sin precedentes en los servicios de Neumología. Está limitando el acceso de los pacientes crónicos a sus revisiones o a las primeras consultas, o simplemente a las primeras del tratamiento. Esto hace que aumente la lista de espera en el seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias, incluyendo la tuberculosis. Y está repercutiendo directamente en la situación de estos enfermos.

Hablando de la COVID-19, ¿cuál es la patología respiratoria que produce?

Es una enfermedad respiratoria que se produce por la inhalación de un virus y que afecta inicialmente el sistema respiratorio. Esta afectación cursa como una infección, que en algunos casos puede ser muy leve o pasar prácticamente desapercibida, en otros casos por no deja de ser más que un pequeño resfriado o gripe. y es autolimitada. Pero en otros casos cursa como una infección respiratoria más intensa que sería una neumonía. Es la forma de presentación más grave, pero afortunadamente con la vacunación de la población, la frecuencia está disminuyendo. Aún así, tenemos muchos pacientes ingresados por desarrollo de la neumonía por COVID-19. Esto requiere el ingreso del paciente, el aporte de oxígeno o de terapias respiratorias más complejas para tratar de paliar la insuficiencia respiratoria. Existe una forma particularmente grave que es el síndrome del distrés respiratorio. Es una neumonía más grave, con una insuficiencia respiratoria muy acusada, que en muchos casos requiere cuidados respiratorios intermedios o, directamente, críticos. Es-

tos casos siguen teniendo una mortalidad elevada, probablemente en torno al 40 por ciento.

¿Dónde se debe hacer el seguimiento de estos pacientes?

Los pacientes que han desarrollado síndrome de distrés respiratorio o han tenido una situación muy grave requieren un seguimiento estrecho por parte de los neumólogos. Estamos tratando de seguir, al menos inicialmente, a todos los pacientes que han desarrollado neumonía. Si en el seguimiento se comprueba que se encuentran bien y que no tiene ningún tipo de repercusión, se puede derivar a Medicina Interna o a Atención Primaria.

¿Tienen buena relación con estas dos especialidades?

¿Tienen buena relación con estas dos especialidades?

En general trabajamos con Atención Primaria, con Medicina Interna, con Rehabilitación y después con algunas otras especialidades, porque esta situación de insuficiencia respiratoria a veces origina complicaciones de otra índole, como renales, cardíacas o neuronales. Solemos trabajar de forma integrada, pero cada centro trata un poco de organizarse según sus recursos, sus características y sus posibilidades.

Con respecto al tabaquismo, ¿cómo está la situación?

Somos realmente críticos. Estamos convencidos de que la política de restricción del consumo de tabaco es eficaz y así lo ha demostrado. Las dos leyes que se han promulgado en España han supuesto la reducción del consumo de tabaco, pero estamos viviendo un momento de cierta laxitud, alentado probablemente por las campañas a favor del cigarrillo electrónico y de distintas modalidades alterna-

tivas de consumo de tabaco, que se venden como algo inocuo, pero que no lo son.

¿Ha mejorado en la pandemia?

Hemos insistido en restringir el consumo de tabaco, porque el tabaquismo evidentemente puede agravar esta infección. En el momento que se fuma y se está sin mascarilla, hay más facilidades para contagiarse sobre todo para contagiar. El fumador mientras da unas caladas tose y si está infectado puede contagiar. A raíz de la COVID-19 hay más terrazas y espacios abiertos donde no hay una restricción del consumo de tabaco. Está aumentando el tabaquismo por la proliferación de las terrazas. Para nosotros es un problema conocido y crítico. De hecho, hemos estado con autoridades municipales, autonómicas y nacionales para tomar medidas que limiten o que controlen el consumo de tabaco en estos lugares.

¿Se ven resultados de las campañas de concienciación?

Tanto las campañas como la legislación antitabaco han demostrado claramente su eficacia en España y en prácticamente la totalidad de países de nuestro entorno. Todavía sigue existiendo un porcentaje de la población que es fumadora y habrá que seguir insistiendo en esta medida. Las restricciones al consumo público de tabaco tendrán que ir acotando más los espacios en los que se pueden fumar. Eso se está realizando en todos los países, y probablemente en España ahora mismo tenemos una legislación que resulta relativamente más laxa en comparación con nuestros vecinos ■

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



Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.



ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/ REPORTAJE



La investigación en Medicina respiratoria no cesa en pandemia

El trabajo en Medicina respiratoria no ha girado únicamente en torno a la COVID-19. En estos últimos tres años, aunque no ha habido ninguna investigación crucial, sí se han publicado trabajos interesantes en enfermedades respiratorias. Se ha avanzado, sobre todo, en fármacos biológicos para el asma y en inteligencia artificial. También en la supervivencia en cáncer de pulmón.

Texto  María García San Narciso



Los tratamientos biológicos están cambiando la vida de muchos pacientes, hasta el punto de considerarse “una auténtica revolución en el tratamiento del asma grave”. También se están estudiando cada vez más en condiciones comórbidas con asma. La clave en los últimos trabajos publicados gira, sobre todo, en cuándo y en qué situaciones utilizarlos.

En febrero de 2022, investigadores de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester han publicado una revisión sobre el uso de productos biológicos para el tratamiento de asma moderada a grave (https://journals.lww.com/co-pulmonarymedicine/Abstract/9000/Use_of_biologics_for_the_treatment_of.98898.aspx).

Fue en el año 2003 cuando la Agencia Americana del Medicamento (FDA, por sus siglas en inglés) aprobó la utilización de omalizumab para pacientes con asma grave alérgica. A día de hoy, se han ido aprobando diferentes tratamientos biológicos para tratar el asma moderada a grave mal controlada.

Pero, dada la heterogeneidad del asma y la falta de datos comparativos entre los productos biológicos, aún puede resultar difícil seleccionar el mejor producto biológico para un paciente. Por eso, la revisión de la literatura clave hasta la fecha buscaba facilitar un enfoque basado en la evidencia para seleccionar el biológico más apropiado. “Además de los mecanismos de acción únicos, existe una literatura cada vez mayor sobre los predictores de respuesta a cada producto biológico, como la sensibilización a los aeroalérgenos, el recuento de eosinófilos periféricos, la IgE sérica total y el óxido nítrico exhalado”, escriben los autores.

Con todo, investigadores españoles han publicado en la revista ‘Archivos de Bronconeumología’, la revista de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), el editorial ‘Biológicos en asma: que las balas mágicas no hundan el

barco’. En él, reconocen que, si bien “los tratamientos biológicos suponen un avance indudable en el manejo del asma”, “al mismo tiempo suponen un elevado coste económico” (<https://www.archbronconeumol.org/es-biologicos-asma-que-balas-magicas-articulo-S0300289620303021>).

“Será igual de ineficiente prescribir estos fármacos para pacientes que no los necesiten, lo cual supondrá un elevado coste directo, como no prescribirlos a aquellos que claramente se beneficiarían de su uso, con lo cual el

ahorro inicial en costes directos se traduciría en un mayor coste tanto directo, como puede ser el gasto sanitario en ingresos hospitalarios, como indirecto, ya que deteriora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, aumentando la incidencia de incapacidad laboral temporal o definitiva”, aseguran.

Se tratan, pues, de tratamientos eficaces, más allá de que alguno pueda fracasar, pero es necesario “mejorar los indicadores que nos permitan seleccionar el más adecuado”. “La indicación de estos tratamientos en el momento actual se basa en pocos datos. Parece necesario ir más allá de la alergia y de la eosinofilia para elegir la bala mágica para cada paciente, que cumplan su función eficientemente y no apunten a la línea de flotación de los sistemas de salud”, afirman.

Más supervivencia en cáncer de pulmón

También se han publicado avances en los tratamientos contra el cáncer. El de pulmón es el mayor ejemplo de la importancia de los progresos y de la Medicina de precisión. Si hace años se aplicaba uno mismo para todos los pacientes según su estadio y la histología del tumor, hoy en día el estudio de biomarcadores permite seleccionar el más adecuado para cada persona.

Además, los nuevos tratamientos, como las terapias dirigidas, están siendo una solución terapéutica para los pacientes a los que les ha cambiado por completo el abordaje de su enfermedad. Y todo parece indicar,

a tenor de las últimas publicaciones, que vendrán más. Por ejemplo, en septiembre de 2021 se presentaron en The Lancet los resultados del ensayo clínico internacional ‘IMpower010’, liderado por Enriqueta Felip, del Instituto de On-

cología de Vall d’Hebron (VHIO) ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02098-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02098-5/fulltext)).

En él, se ha probado la inmunoterapia en un millar de pacientes con el tipo de cáncer de pulmón más frecuente, el de células no pequeñas, en estadios tempranos de la enfermedad. También en pacientes con el marcador PD-L1 positivo.

Los voluntarios que recibieron el fármaco atezolizumab, después de someterse a cirugía y recibir quimioterapia, mejoraron su supervivencia en 7 meses en comparación con aquellos que no lo recibieron. Se trata de la primera inmunoterapia aprobada por una agencia reguladora como tratamiento adyuvante para personas con cáncer de pulmón y ya ha recibido la luz verde por parte de la Administración de

En el año 2021, se publicó un documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño en el que participaron investigadores españoles



Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos.

Por su parte, resultados del estudio internacional 'CheckMate 9LA' publicados en la revista *The Lancet* ([https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30641-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30641-0/fulltext)) en 2021, sugerían que la combinación de inmunoterapia dual más un curso corto de quimioterapia es útil en el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico.

Este ensayo aleatorizado, abierto y de fase 3, se realizó en 103 hospitales en 19 países, entre los que se incluyó en España. Los profesionales administraron nivolumab más ipilimumab con dos ciclos de quimioterapia, lo que "proporcionó una mejora significativa en la supervivencia general en comparación con la quimioterapia sola y tuvo un perfil favorable de riesgo-beneficio". "Estos datos respaldan este régimen como una nueva opción de tratamiento de primera línea para pacientes con NSCLC avanzado", aseguraban los autores.

También este mismo mes enero se publicó en la revista *American Journal of Cancer Research* la eficacia de un nuevo anticuer-

po monoclonal de amplio espectro específico de tumores para PL2L60 para el tratamiento de varios tipos de cánceres. Se probó en células humanas de humanos y de ratón.

"La inyección de mAb KAO3 en tumores establecidos inhibió significativamente su crecimiento y prolongó la supervivencia de los ratones portadores de tumores, incluidos el linfoma, el cáncer de mama, el cáncer de pulmón y el cáncer de cuello uterino. La eficacia del tratamiento con mAb KAO3 probablemente se asocie con su unión a PL2L60 expresada en la superficie de la célula tumoral, lo que puede conducir a la muerte de la célula cancerosa mediante el bloqueo del ciclo celular y/o la activación del complemento", señalaban los autores.

La inteligencia artificial, herramienta para los neumólogos

En septiembre de 2021 también se presentó una investigación en el Congreso Internacional de la Sociedad Respiratoria Europea sobre un programa de inteligencia artificial que puede detectar signos de cáncer de pulmón en las tomografías com-

putarizadas un año antes de que puedan diagnosticarse con los métodos existentes.

"La IA es entendida en términos generales como cualquier tipo de sistema computacional artificial que muestra un comportamiento inteligente, es decir, un comportamiento complejo que conduce a alcanzar objetivos", señalaban una revisión los investigadores colombianos Leslie Vargas-Ramírez y Rafael Brango Ayazo. Así, otorga "oportunidades emocionantes en la optimización de la atención médica y significa un sinfín de posibilidades para personalizar la atención en salud, brindando una herramienta a los neumólogos que les permita interpretar los síntomas respiratorios con precisión y hacer un diagnóstico correcto" (<https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1646/2134>).

En la revisión, los autores señalan que la IA se ha propuesto como herramienta para el diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a través de múltiples aplicaciones.

"Basados en un marco de diagnóstico asistido por computadora es posible hacer el



abordaje y clasificación de los subtipos de enfisema en la TAC, así como la evaluación de la gravedad y extensión de este permitiendo una aproximación más precisa a la enfermedad”, señalan en alusión a un trabajo publicado en mayo de 2020 en la revista *The Lancet*.

También en 2020, la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) publicó una breve revisión acerca de las actuales aplicaciones de la IA en medicina del sueño, ventajas, desventajas y su potencial uso.

En hipertensión arterial pulmonar (HAP), “el uso de pruebas más sencillas podría permitir una aproximación temprana a la enfermedad. La radiografía de tórax es de fácil acceso, bajo costo y se puede convertir -a través de la aplicación de AP- en una herramienta para el diagnóstico de HAP (<https://www.nature.com/articles/s41598-020-76359-w>), con la posibilidad incluso de estratificar el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardiaca ([https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498\(20\)31516-3/fulltext](https://www.jhltonline.org/article/S1053-2498(20)31516-3/fulltext)). El electrocardiograma (ECG) también puede ayudar en la tamización y detección temprana de HAP”, señala la revisión.

En asma también hay dispositivos portátiles que registran las señales de los ruidos respiratorios del paciente. Estas permiten identificar sibilancias con una sensibilidad del 89,3 por ciento y una especificidad de 96,2 por ciento. Después, las señales se transfieren a teléfonos inteligentes, que a través de un algoritmo que usa un modelo de Markov profundo, identifican las frecuencias correctas. De esta forma, el diagnóstico no depende de la experiencia del profesional sanitario que lo atiende.

Y lo mismo ocurre en fisiología pulmonar, donde la inteligencia artificial puede ayudar a hacer un diagnóstico mucho más preciso.

La IA también ayuda a la cuantificación de los sonidos respiratorios, entre los que se

incluyen los estertores finos a través de algoritmos que pueden predecir los hallazgos de la fibrosis pulmonar en la tomografía. Así, da apoyo al diagnóstico temprano. Los ruidos respiratorios se registran a través de fonendoscopios electrónicos. Después, se transfieren a

computadores que identifican el tipo de sonido según el algoritmo ([https://www.ejradiology.com/article/S0720-048X\(20\)30600-8/fulltext](https://www.ejradiology.com/article/S0720-048X(20)30600-8/fulltext)).

Consenso internacional en apnea del sueño

En el año 2021 se publicó un documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño (<https://archbronconeumol.org/es-documento-internacional-consenso-sobre-apnea-articulo-S0300289621001150?codref=B5z2BnxFPcS9G9rDdbXamCUJ9ACqNYrEurZfqeL4PZKWP2fy5DLSuhzBSAWGn4tjffNwRmg5r>) en el que participaron investigadores españoles. El objetivo principal era “proporcionar unas directrices que permitan a los profesionales sanitarios tomar las mejores decisiones en la asistencia de los pacientes adultos con esta enfermedad según un resumen crítico de la literatura más avanzada”.

El objetivo principal de este documento internacional fue proporcionar unas directrices que permitan a los profesionales sanitarios tomar las mejores decisiones en la asistencia de los pacientes adultos con esta enfermedad según un resumen crítico de la literatura más actualizada.

En total, 17 sociedades científicas y 56 especialistas con amplia representación geográfica (con la participación de 4 sociedades internacionales), además de un metodólogo experto y un documentalista del Centro Cochrane Iberoamericano, constituyeron el grupo de trabajo.

Trabajos en el asma

También se han ido publicando trabajos en torno al asma durante los últimos meses. Uno de ellos del CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES) y del Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD), identificaron el micro ARN miR-185-5p como potencial diana a la que dirigir nuevos tratamientos para controlar el estrechamiento de las vías respiratorias, síntoma del asma. El trabajo se publicó en la revista *Journal of Cellular Physiology*.

Otra revisión publicada en *el Journal of Health Psychology* de la Universidad de East Anglia mostró que las intervenciones destinadas a promover la actividad física en personas con asma podrían mejorar sus síntomas y su calidad de vida (<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13591053211059386>).

En concreto, examinaron 25 estudios separados de todo el mundo que involucraron a 1849 participantes con asma, para ver si sus síntomas y calidad de vida habían cambiado gracias a las intervenciones.

De esta forma, descubrieron que las intervenciones que promueven la actividad física tenían beneficios significativos. Reducían el tiempo de sedentarismo, mejoraban la calidad de vida y disminuían los síntomas del asma.

Factores ambientales y enfermedades respiratorias

También se han publicado trabajos sobre cómo los factores ambientales influyen en esta enfermedad. En enero de 2022 un estudio mostró que cerca de dos millo-



nes de casos nuevos de asma pediátrica al año pueden estar causados por un contaminante del aire relacionado con el tráfico. Se trata de un problema particularmente importante en las grandes ciudades del mundo.

“Nuestro estudio encontró que el dióxido de nitrógeno pone a los niños en riesgo de desarrollar asma y el problema es especialmente agudo en las áreas urbanas”, aseguró la coautora principal del estudio, Susan Anenberg. La también profesora de Salud Ambiental y Ocupacional en la Universidad George Washington indicó que hallazgos sugieren que el aire limpio debe ser una parte fundamental de las estrategias destinadas a mantener saludables a los niños”. Este ha sido el primer estudio en estimar la carga de casos de asma pediátrica causada por este contaminante en más de 13.000 ciudades desde Los Ángeles hasta Mumbai.

Asimismo, también se presentó una investigación en el Congreso Internacional de la Sociedad Respiratoria Europea que sugería que el entorno aparentemente inocuo de una oficina podía provocar asma en algunos trabajadores.

En enero de 2022, otro gran estudio demostró que la exposición de por vida a los

pesticidas en el lugar de trabajo está relacionada con un mayor riesgo de EPOC. Este trabajo, publicado en la revista *Thorax*, se realizó con 116.375 participantes con antecedentes laborales completos, 94.514 de los cuales tenían datos de espirometría y tabaquismo aceptables/repetibles (<https://thorax.bmj.com/content/early/2022/01/09/thoraxjnl-2020-216523>).

El papel del radón

Otro estudio español confirmó en 2019 que el radón interior a dosis altas duplica el riesgo de cáncer de pulmón en aquellas personas que nunca han fumado. El trabajo, que se publicó en la revista científica *Environmental Research*, reflejó la necesidad urgente de que se traspusiera en España la Directiva Europea sobre Radiaciones Ionizantes. Esta aplica un límite de 300 Bq/m³ para viviendas y lugares de trabajo.

En el 2021, otro estudio realizado en España mostró que hasta el 3,8 por ciento de la mortalidad por cáncer de pulmón se atribuye a la exposición al radón >100 Bq/m³, cifra que sube hasta el 6,9 por ciento cuando no se realiza la corrección por altura de la vivienda (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013935121006666?via%3Dihub>).

Eso sí, mostraban que la mayoría de las muertes por cáncer de pulmón debido a la exposición al radón ocurren en fumadores y exfumadores. Los investigadores también indican que se debe tener en cuenta la corrección por altura de la vivienda al estimar la mortalidad atribuible al cáncer de pulmón por el radón.

El papel de la contaminación del aire

SEPAR también ha advertido este 2022 que la contaminación del aire está asociada a un 36 por ciento de las muertes por cáncer, con unas 265.000 muertes anuales atribuibles a esta causa.

En un editorial titulado ‘Contaminación ambiental y cáncer de pulmón: el poder carcinogénico del aire que respiramos’ y publicado en *Archivos de Bronconeumología*, señalan que “debemos asumir que el aire que respiramos presenta una elevada concentración de contaminantes y muchos de ellos causan cáncer” (<https://www.archbronconeumol.org/es-contaminacion-ambiental-cancer-pulmon-el-articulo-S0300289620301897>).

“Los profesionales de las enfermedades respiratorias no podemos permanecer indiferentes ante esta realidad. Desgraciadamente, el tabaquismo ya no es el único causante del cáncer de pulmón. La contaminación del aire es un factor de riesgo claro de esta enfermedad, según la evidencia científica de los últimos años, y pone en peligro a un gran número de personas, especialmente las que viven en núcleos urbanos”, destacaba María Jesús Cruz, bióloga del Área de Medio Ambiente de SEPAR y firmante de la editorial junto a David Coflent como primer autor. También cuentan con Mario Culebras y Karina Looor como coautores.

Saber más acerca de estos contaminantes es crucial para la prevención de enfermedades respiratorias que tanto siguen afectando a la población de todo el mundo ■



Nos hemos visto
limitados
para realizar determinadas
pruebas de **función**
pulmonar
en los centros sanitarios

Manuel Niño Camacho

Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Respiratoria de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | SEMG/EL MÉDICO



“Nos hemos visto limitados para realizar determinadas pruebas de función pulmonar en los centros sanitarios”

Los médicos de Atención Primaria han tenido un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes COVID, tanto en la fase aguda, como en el manejo de las posibles secuelas. Pero, además, también han tenido que priorizar a sus pacientes crónicos respiratorios.

¿Cuál es el día a día del médico de AP en la atención de patología respiratoria? ¿Dispone de suficiente formación respecto a la misma?

Aproximadamente, un 30 por ciento de pacientes que acuden a Atención Primaria presentan síntomas o enfermedades respiratorias. Por lo tanto, es necesario que los médicos de este nivel asistencial estemos familiarizados con estas patologías. Por ejemplo, el asma, que afecta a un 5 por ciento de la población y a un 10 o 12 por ciento de los niños y para la que gastamos un 2 por ciento de los recursos de la Sanidad pública. También en la EPOC, que afecta al 10,2 por ciento de la población general entre los 40 y los 80 años, presentando una elevada morbimortalidad y una alta tasa de infradiagnóstico. Los médicos de Primaria también debemos estar familiarizados con otras patologías como el cáncer pulmonar, o la neumonía donde la incidencia oscila entre 8-10 casos por mil habitantes. También, por ejemplo, con la apnea del sueño, enfermedad muy frecuente que los médicos de familia debemos de valorar por su interés como factor de riesgo y de agravamiento de otras patologías, fundamentalmente cardíacas. Esta puede afectar a la población entre un 6-13 por ciento. No nos olvidamos tampoco del tromboembolismo pulmonar, ya que su incidencia está en constante aumento, debido al incremento de la población, estimándose 1-2 casos personas/año, y llegando

en personas mayores de 80 años a 1 caso / 100 personas/año. Tampoco de la insuficiencia respiratoria.

En este contexto, ahora se suma la atención a la COVID, ¿ven posible tratarla como una gripe en un corto plazo? ¿Qué debería cambiar para que esto ocurriera?

Sabemos que el virus SARS-CoV-2 va a convivir con nosotros durante muchos años o quizás se quede para siempre. Posiblemente se presente en periodos con gran concentración de enfermos durante cortos espacios de tiempo, y no sabemos si existirán mutaciones que sean más o menos agresivas, con mayor o menor letalidad. Tampoco sabemos si desaparecerá como su antecesor, o se quedará como otros virus respiratorios que

nos afectan en determinadas épocas del año, como la gripe. Es por ello por lo que, por nuestra parte, los médicos generales y de familia debemos de hacernos responsables para que nuestros pacientes se vacunen, facilitarles esa opción y disponibilidad, aunque todos sabemos que deben hacerse más estudios para establecer los tiempos adecuados, cuáles son más eficaces y un largo etcétera de imprecisiones que han ocurrido en este tiempo. La clave para la gestión de la COVID en el futuro está en que las autoridades sanitarias se den cuenta de que Atención Primaria es la llave del sistema sanitario. Esto pasa por darnos la ocasión de seguir demostrando lo que somos, pero no a costa de abandonar lo que tendríamos que estar haciendo y con falta de medios en todos los sentidos (profesionales, económicos, materia-

les, capacidad de disposición de técnicas diagnósticas ...).

Precisamente, en cuanto al impacto en las consultas de Atención Primaria, casi dos años después del inicio de la pandemia, ¿cómo está siendo la gestión del Long COVID?

Está siendo un poco complicada por la presión asistencial que tenemos a nivel de Atención Primaria. Pero la profesionalidad de los equipos presenta una gran fortaleza para que se puedan atender a pacientes agudos y crónicos, dentro de nuestras limitadas posibilidades. En concreto, las

piezas clave de esta atención básica al paciente son el estudio de síntomas y su evolución, anamnesis completa y exploración física, escalas de evaluación clínicas, pruebas complementarias, valoración de

comorbilidades, valoración del paciente en aspectos físicos, emocionales, sociales, y capacidad funcional.

En estos estudios, ¿cuáles son las secuelas respiratorias más comunes que están encontrando y cuánto tiempo persisten? ¿Se han llegado a cronificar en algunos casos?

Los síntomas más frecuentes respiratorios son disnea, presión y dolor torácico, tos, ardor retroesternal, expectoración, hemoptisis, broncoconstricción, desaturaciones bruscas, laringoespasmo y debilidad neuromuscular. El tiempo de duración de estos síntomas va a ser variable, dependiendo muchas veces de factores del propio paciente. Se ha observado en los pacientes graves agudos cuadros de neumonías,

tromboembolismo y fibrosis pulmonar. Fundamentalmente se quejan de disnea por ese compromiso pulmonar grave o por debilidad neuromuscular, que pueden dejar secuelas más o menos permanentes. Estos casos necesitaran cuidados por Neumología y de rehabilitación respiratoria.

Por otra parte, ¿cómo está impactando el colapso de la atención en las patologías crónicas respiratorias? ¿Hay algún dato al respecto?

Desde el principio de la epidemia hemos observado que, al igual que se había colapsado la atención hospitalaria en Urgencias, se colapsó en determinadas especialidades como Medicina Interna, Neumología y por supuesto Cuidados Intensivos. No tengo datos precisos acerca de la atención a pacientes respiratorios crónicos, pero pienso que además de atender las urgencias, los trámites burocráticos, etc., los médicos de familia nos hemos preocupados un poco más por nuestros enfermos respiratorios. Especialmente, sabiendo o teniendo el miedo que estos pudieran contraer la infección y emporarse su situación. Pese a ello, nos hemos visto limitados para realizar determinadas pruebas de función pulmonar en los centros sanitarios.

Paralelamente a la COVID, ¿cómo ha sido el impacto de la gripe? ¿Ha habido una mayor concienciación de la vacunación? ¿Se espera que persista?

Se ha observado una disminución generalizada de virus gripales a nivel mundial de forma simultánea a la pandemia de COVID. Esta podría tener relación con las medidas de mitigación implementadas en la comunidad para reducir la transmisión de enfermedades respiratorias. Incluso, ahora que estamos en temporada de gripe estacional, no se observan nada más que casos puntuales. De todas formas, debemos de actuar con cautela y estar observantes ante una posible variación. La vacunación antigripal se sigue considerando la mejor medida preventiva frente a la gripe en

grupos recomendados de vacunación. En este sentido, se está consiguiendo una mayor cobertura vacunal que en otras temporadas y es de esperar que esto esté influyendo.

En cambio, por ejemplo, ¿cuesta más conseguir mayores porcentajes de vacunación para la neumonía? ¿Por qué?

Es cierto. Primero, quizás, por el desconocimiento general de la población. No ha habido mucha información acerca de este tema. No es porque la gente no conozca lo que es una neumonía, sino que hay que explicar claramente las actuaciones que se realizan en el ámbito de salud a la población. Por otra parte, a nosotros como médicos de Atención Primaria se nos ha limitado un poco la prescripción de dicha vacuna hace pocos años. De todas formas, creo que debería ser una vacunación importante para todas las personas con determinadas patologías crónicas y para toda la población general.

Otro de los datos preocupantes es que los últimos estudios sobre tabaquismo informan de que el cigarrillo electrónico está desbancando al tabaco tradicional entre los más jóvenes, ¿qué impacto podría tener?

Según el Informe anual del Sistema Nacional de Salud (2016) sobre hábitos de vida, el 23 por ciento de la población de 15 y más años fuma a diario, el 2,4 por ciento es fumador ocasional y el 25,7 por ciento se declara exfumador. El porcentaje de fumadores diarios es del 27,6 por ciento en hombres y del 18,6 por ciento en mujeres. En números absolutos y de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017, más de 4 millones de españoles con edades comprendidas entre los 45

y los 84 años son fumadores diarios y más de 6 millones y medio se declaran exfumadores. A estos datos, además, como comenta, hay que añadirles que la industria está intentando introducir estas nuevas formas de fumar, que lo que plantean es un menor riesgo y reducción de daños. Lo cual es mentira. Aún así, están introduciendo términos como “tratamiento del tabaquismo”, sin haber demostrado que tengan evidencia científica al respecto. Igualmente, es cierto que los jóvenes están utilizando los e-cigarrillos y el tabaco de liar como nuevas formas de consumo, pero no han de-

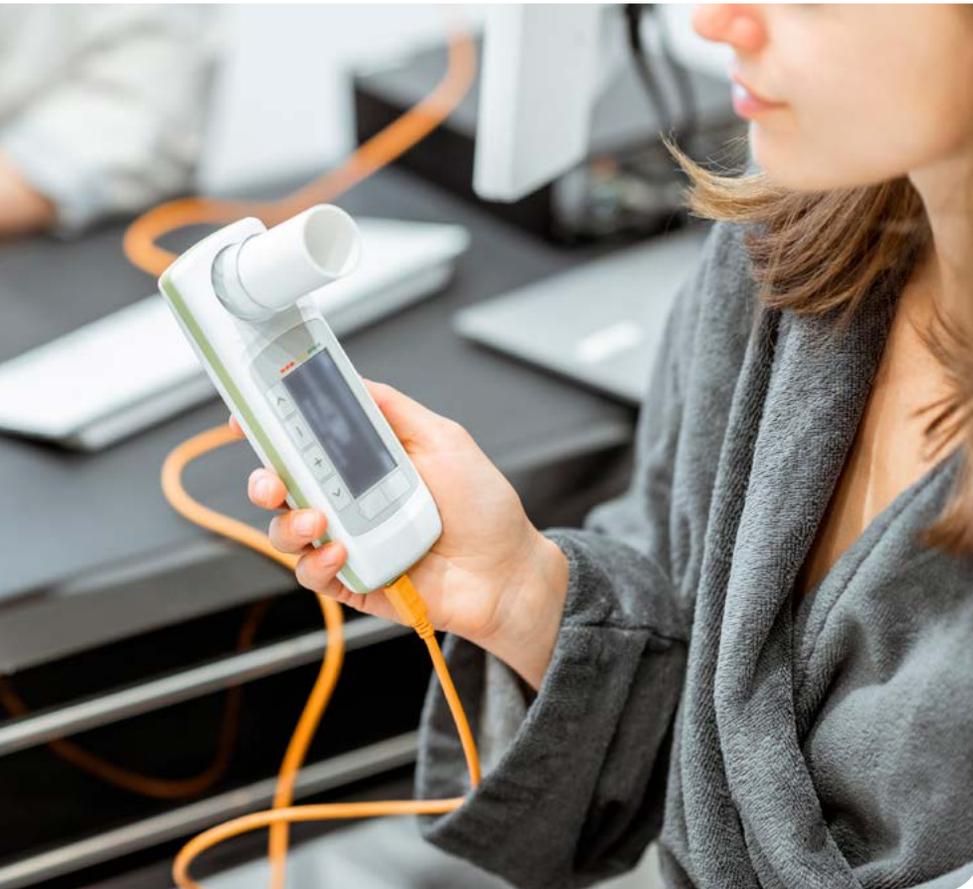
mostrado que sirvan para disminuir el consumo, ni para evitar el desarrollo de patología respiratoria crónica. Sin embargo, cada vez existe más evidencia científica del daño que producen los productos derivados de estas nue-

vas formas de fumar.

La clave para la gestión de la COVID en el futuro está en que las autoridades sanitarias se den cuenta de que Atención Primaria es la llave del sistema sanitario

Con relación al tabaco, otro de los puntos pendientes en patología respiratoria es el cribado de cáncer de pulmón, ¿cuesta detectar estos casos de forma precoz en Primaria? ¿Qué podría ayudar?

En nuestro entorno el cáncer de pulmón genera importante mortalidad y morbilidad, y parte de esta es evitable, mediante estrategias de prevención primaria. Sin embargo, el objetivo de maximizar el beneficio de este cribado ampliando la población diana no puede enmascarar intervenciones de mayor impacto. La principal, el evitar el inicio del consumo de tabaco (niños y adolescentes), y el abandono del hábito en los fumadores. Si no se implementan adecuadamente estas estrategias de prevención primaria para que sean efectivas, no es posible reducir el riesgo basal. Tampoco el número de personas de la población diana que precisan prevención secundaria del cáncer de pulmón, mediante



cribado anual con TC de baja dosis, lo que lo convierte en difícilmente asumible para nuestro sistema sanitario, incluso aunque vaya dirigido a pacientes de alto riesgo.

¿Ven factible un cribado en otras patologías respiratorias como es la EPOC?

En este caso, no solo lo factible, sino necesario. Actualmente, el diagnóstico de la EPOC es complicado porque debe de realizarse una espirometría con pruebas broncodilatadoras. Una prueba que puede resultar complicado que los pacientes realicen adecuadamente. Sin embargo, tenemos a disposición herramientas para el cribado en pacientes con hábito tabáquico. Es el caso del dispositivo COPD-6 y COPD-PS, que deben tenerse en cuenta porque es importante llegar en fases tempranas de la enfermedad. Es entonces cuando realmente podemos hacer mucho

más por nuestros pacientes. Pese a ello, es cierto que existen una serie de barreras en el diagnóstico por parte del paciente (escaso conocimiento de la enfermedad, miedo a otros diagnósticos, excusa o adaptación a los síntomas) y referidos a los profesionales (falta de motivación, escasa confianza en relación a los tratamientos, escaso tiempo en la consulta, problemas con la espirometría).

Otra de las patologías respiratorias infradiagnosticadas en Primaria es la apnea del sueño, ¿qué mejoras podrían hacerse al respecto?

El papel del médico de Atención Primaria es la detección precoz, control y seguimiento del tratamiento (para evitar la alta tasa de abandonos) y control de los efectos secundarios. Asimismo, debe de participar en la coordinación entre el centro

de salud y las unidades de sueño. Creo que el problema no es que el diagnóstico sea complicado, por lo que lo ideal sería que los centros de salud dispusieran de aparataje pertinente (poligrafía para su uso en domicilio) para poder realizar dicho diagnóstico. Por otra parte, sería importante, para poder optimizar adecuadamente el tratamiento, tele monitorizar al paciente a distancia. También para evitar visitas innecesarias a las unidades de sueño y evitar periodos de tratamiento insuficientes.

Una de las consecuencias secundarias de la pandemia es que, ante el miedo al transporte público, se ha usado más el coche, ¿se está notando un mayor impacto de la contaminación en la población o se ha visto paliado por las mascarillas?

Es cierto que como consecuencia de la pandemia ha habido cierto aislamiento de las personas y, con ello, se ha utilizado menos el transporte público, con un aumento del uso del coche. Y, efectivamente, en determinadas ciudades se ha observado un crecimiento de la contaminación y pérdida de la calidad del aire, por lo cual se ha observado un aumento de patología respiratoria. Por otra parte, cuando la exposición ambiental aumenta en determinadas épocas como el invierno, donde se usan más las calefacciones, se ha registrado un incremento de la incidencia y la severidad de los síntomas respiratorios. Igualmente, más deterioro de la función pulmonar, fundamentalmente en pacientes con problemas respiratorios, niños y ancianos, produciendo una alta tasa de mortalidad, aumento de ingresos hospitalarios y de las visitas ambulatorias. Esto tiene consecuencias perjudiciales sobre los pacientes asmáticos, pacientes con EPOC y fibrosis pulmonar, aumentando el riesgo de bronquitis y de neumonía, así como agudizaciones de problemas respiratorios. Es indiscutible que el uso de la mascarilla va a disminuir algo la exposición a esos contaminantes ambientales ■



¿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 secuelas
pulmonares
en casos de neumonía
por **COVID**
en niños
son muy leves, por no decir
nulas

Mirella Gaboli

Secretaria de la Sociedad Española de Neumología
Pediátrica (SENP)

Texto | Silvia C. Carpallo

Foto | SENP



“Las secuelas pulmonares en casos de neumonía por COVID

en niños son muy leves, por no decir nulas”

La patología respiratoria siempre ha sido una de las áreas clave en Pediatría, pero en estos últimos años parece que las medidas higiénicas y la mascarilla han disminuido la incidencia. Por otra parte, tras dos años de pandemia, se puede analizar que los niños han sufrido menos secuelas a causa de la COVID y, según los expertos, una de las claves podría ser la experiencia en el uso de corticoides que tienen los pediatras.

¿Cuáles diría que son las patologías respiratorias más prevalentes?

En niños, sin duda habría que destacar las bronquitis, las bronquiolitis, las neumonías y las manifestaciones respiratorias de la alergia. En cuanto a las bronquitis podemos distinguir episodios agudos o bronquitis crónicas. Lo más frecuente son las bronquitis agudas que se producen a menudo tras un resfriado asociado a una infección respiratoria vírica. Se considera que en una estación de otoño e invierno normal, hasta el 66 por ciento de los niños que nacieron prematuros pueden tener una bronquitis. En niños nacidos a término este porcentaje es de aproximadamente la mitad. Por lo tanto, estamos hablando seguramente de la enfermedad infecciosa más frecuente en la población infantil. En cuanto a las bronquiolitis, estas afectan a los niños por debajo de los primeros 24 meses de vida y se asocia al primer episodio de infección vírica. Es decir, llamaríamos bronquiolitis a los episodios de los niños menores de dos años y bronquitis a los episodios que vienen después. En el caso de las neumonías es más difícil dar cifras exactas, se estima que hay unos 100 millones de niños menores de cinco años que enferman por neumonía en todo el mundo. Sigue siendo, además, una causa frecuente de muerte en los primeros años de vida, especialmente en África Subsahariana y en el sur de Asia. Pero incluso en los países desarrollados la neumonía es una de las principales causas de hospitalización y sigue existiendo mortalidad asociada. Así, en países desarrollados la cifra estimada

de incidencia, en la que coinciden diversos estudios, es en torno a 3.400-4.000 casos anuales por 100.000 niños menores de 5 años. Por último, en cuanto a asma, los estudios más recientes marcan que la incidencia en niños con historia familiar de asma o alergia es de 33 casos por 1.000 niños al año. Esta incidencia disminuye a 10 casos por 1.000 cuando estos niños llegan a la mayoría de edad. En los niños sin historia familiar es de 9 a 14 casos por 1.000 niños al año. Por ello, se puede concluir que la incidencia del asma o alergia es casi el doble en los casos con antecedentes familiares.

En la población general se habla de una disminución de patología respiratoria debido al uso de mascarilla, ¿qué ha pasado con los niños?

Tenemos datos que confirman que ha habido menos consultas médicas por patologías respiratorias en todos los grupos de edad pediátrica. Ha sido más llamativo en el otoño e invierno de 2020-2021, tras el comienzo de la pandemia. En la primavera de 2020, tras el confinamiento percibimos una disminución de las consultas urgentes por crisis moderadas-graves de asma, justificada por el hecho de que los niños estaban en casa. En otoño, con la vuelta al cole, fue más llamativo, incluso en nuestro hospital tuvimos cero ingresos por bronquiolitis. Además, en general, a urgencias, llegaron menos casos de niños con dificultad respiratoria. Seguramente todo ello esté asociado al uso de mascarilla y al distanciamiento social.

Tras esta experiencia y teniendo en cuenta que el uso de mascarilla y la distancia social no son medidas aplicables a largo plazo, ¿qué otras medidas sí podríamos incorporar en nuestro día a día para mejorar la patología respiratoria en niños?

En neonatología, por ejemplo, llevamos años indicando la necesidad de aplicar medidas básicas de prevención de las infecciones, como lavarse las manos antes de tocar al bebé, usar mascarillas si se está resfriado, evitar lugares cerrados con mucha gente, etc. Esas recomendaciones llegaron a ser universales en la pandemia y han demostrado que son eficaces para reducir las infecciones respiratorias, por lo que se espera que ahora calen más este tipo de mensajes. En niños más mayores, también podrían calar más medidas sencillas, como la importancia del lavado de manos o de ventilar las aulas. Los niños más que infectar, son infectados, por esto también se trata de tener en cuenta ciertas medidas por parte de los adultos. Son saludables gestos tan sencillos como que ahora hayamos cambiado la forma de saludarnos con dos besos.

Poniendo el foco en esta última sexta ola, en la que la incidencia ha sido mayor en niños al ser población aún sin vacunar, ¿cómo han afectado a las consultas de Pediatría?

Primero hay que aclarar que, al hablar de incidencia, hay que tener en cuenta que no estamos haciendo un cribado a toda la población, sino a la población con síntomas, y que la incidencia ha variado en el momento que hemos tenido test diagnósticos como PCR o test de antígenos. Teniendo esto en cuenta, considero que en esta sexta ola el problema ha sido especialmente logístico. Para empezar, existía una di-

ficultad para acceder al centro de salud. Después, en el día a día, el pediatra en caso de sospecha de COVID ha tenido que tomar medidas preventivas, como ponerse la bata, las gafas, etc., esperar el resultado del antígeno, registrar esto último en el ordenador, etc., y todo ello unido supone un mayor tiempo y carga de trabajo, que también se traduce en mayor espera de los pacientes. En urgencias de Pediatría, por ejemplo, no ha habido un colapso por que acudiera un mayor número de personas, sino porque el trabajo se ha enlentecido. Todo ello sumado, claro está, al déficit de pediatras y a las bajas de los propios pediatras por contagios que no se sustituyen precisamente por la falta de pediatras, que supone que los que están vean aumentadas sus agendas. Más que sentir un colapso por el número de pacientes, hemos sentido que teníamos que trabajar con mayor dificultad.

Otra de las cuestiones que había que afrontar es que los síntomas en menores no siempre han sido iguales que los de los adultos para cribar casos en estas consultas, ¿cierto?

Sí, la manifestación de los adultos respondía mucho a patología respiratoria y en los niños, en cambio, era diferente, pero hemos ido aprendiendo. La mayoría de los casos son leves, pero en los que la COVID se manifiesta, más que una dificultad respiratoria, suele aparecer tos, fiebre, dolor de garganta o incluso síntomas gastrointestinales. Es decir, se parecen un poco más a una gripe que a patología bronquial. El pediatra de Primaria ya sabe cuándo procede hacer un test COVID según estos síntomas. Aunque muchos de los diagnósticos han sido no por sospecha, sino porque acudían por otro problema, y hemos tenido que hacer el test por protocolo.

Se habla de que la COVID no suele ser grave en menores, ¿pero hay diferencias que haya que tener en cuenta según patologías, diferentes grupos de edad, etc.?

Siempre hay que tener cuidado, porque puede que haya parte de la historia que no conocemos, pero lo que hemos observado es que los factores de riesgo en niños son muy parecidos a los de los adultos. Por ejemplo, pacientes crónicos, especialmente con patología cardiovascular. Aunque, por lo general, los casos más complicados los tenemos con adolescentes obesos e hipertensos, con enfermedades autoinmunes o inmunodeficiencias. La mortalidad en España ha sido muy baja, pero ha sido precisamente en este grupo de pacientes. En niños muy pequeños, hay que tener en cuenta que aún no tienen su sistema inmune completamente maduro, por eso lo consideramos, muy entrecomillas, como inmunodeprimidos, pero no solo con la COVID, sino en general para cualquier proceso infeccioso. De hecho, por ejemplo, en los casos de PIMS, los síndromes inflamatorios multisistémicos pediátricos, que también han sido pocos, no se han dado en niños muy pequeños, sino en niños ya con un sistema inmune formado.

¿Y en el caso de los PIMS, estos niños qué factores tienen en común?

De momento no tenemos indicadores de qué factores influyen en que un niño pueda sufrir un PIMS. Sí tenemos marcadores que nos hacen tener la sospecha de PIMS, como son la fiebre, la ferritina elevada, la hipotensión o alteraciones de las coagulaciones, etc., que nos indican que ese niño está teniendo una respuesta sistémica con una afectación cardiovascular, y no tenemos otra explicación que no sea que ha estado en contacto con la COVID. Es decir, no sabemos qué niño va a desarrollar un PIMS, pero sí tenemos marcadores de sospecha y criterios para diagnosticarlo.

¿Cuál está siendo, por otra parte, el impacto de las secuelas respiratorias en los casos de LONG COVID en menores?

En niños, las secuelas pulmonares en casos de neumonía son muy leves, por no decir nulas. Incluso aunque hayan necesitado ventilación mecánica, la recuperación post-COVID es prácticamente completa. Pero sería interesante saber lo que ha ocurrido en los casos en los que ya tenían una patología respiratoria previa, saber cómo ha quedado la misma tras pasar la COVID porque tenemos pocos datos

a ese respecto. Respecto a manifestaciones sistemáticas, como cansancio, síntomas neuromusculares, etc., se recuperan con normalidad. Igualmente, aparece tos persistente que finalmente se pasa sola, no estamos teniendo secuelas importantes.

Cabría señalar que, aunque tenemos pocos estudios y poca bibliografía, nuestra experiencia nos hace pensar que este menor impacto puede estar relacionado con el uso que en Pediatría hacemos de los corticoides. Por lo general, lo hacemos de forma precoz en todos los episodios de insuficiencia respiratoria y con más libertad que en los adultos. Esto ha permitido usar más rápidamente este tipo de fármacos que disminuyen la respuesta inflamatoria también en la COVID.

Más allá de la COVID, se ha hablado mucho de cómo ha impactado la pandemia en la gripe. Hay que recordar que la vacuna de la gripe está entre las recomendadas para niños, pero no entre las subvencionadas. ¿Qué ha pasado con la misma en los niños?

La vacuna antigripal está aconsejada por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, prio-



ritariamente en niños con alguna patología crónica, por lo que los centros de salud reservan vacunas para este grupo de riesgo. En la población infantil general el problema es que no suele haber suficientes vacunas para todos. En concreto, este año, además, nos hemos quedado sin vacunas incluso para la población para la que está indicada. Y los niños se han quedado los últimos del grupo. Sin embargo, es importante recalcar que a los niños con patologías crónicas sí se les ha vacunado desde el sistema público.

Estos últimos años han proliferado los estudios sobre el impacto de la contaminación en la salud, ¿cómo afecta a la salud respiratoria de los menores? ¿Qué medidas sencillas podrían ayudar?

A este respecto destaco el trabajo de revisión que se ha realizado en nuestra sociedad y que se puede consultar en nuestra web. A modo de resumen, según estos mismos datos, se puede afirmar que los resultados de los diferentes estudios muestran el alto impacto de la contaminación ambiental sobre la salud respiratoria, con un incremento, por ejemplo, de la incidencia de enfermedades como el asma, pero también una afectación del desarrollo neurocognitivo, así como aumen-

La contaminación ambiental tiene un alto impacto sobre la salud respiratoria, con un incremento, por ejemplo, de la incidencia del asma

to de la mortalidad infantil. En concreto, el 26 por ciento de las muertes atribuidas a esta causa son debidas a problemas respiratorios. Respecto a intervenciones que puedan ayudar a solucionar este problema, la realidad es que muchas están fuera del alcance de un pediatra. Se trata de medidas de gran envergadura como puede ser reducir las emisiones de gas de los motores de los medios de transporte o reducir la pobreza

social, sabiendo, por ejemplo, que el uso de combustibles fósiles para la calefacción de la vivienda o de una escuela aumenta la exposición a sustancias que son dañinas para el pulmón del niño. Donde los pediatras podemos ayudar mucho es en promover medidas saludables: realización de ejercicio físico a diario, recomendación de desplazarse andando o en bicicleta mejor que en coche. También en evitar o al menos retrasar el inicio de consumo de tabaco que ahora se da en la adolescencia. Respecto a medidas más concretas, lo que sí tenemos es el compromiso de prescribir donde se puede inhaladores de polvo seco en lugar de MDI, para evitar contaminar en este sentido.

Otra de las preocupaciones actuales es el importante porcentaje de alergias, y con ellas la necesidad de abordar una posible anafilaxia, ¿ha supuesto la necesidad de mejorar la formación de especialistas y padres en anafilaxia?

La anafilaxia es una situación que no se puede “prever”, pero que hay que estar preparados para tratar. El aumento de la patología alérgica ha aumentado efectivamente la sensibilidad sobre el tema y el “deseo” de saber qué hacer, en casa y en los centros escolares. Un poco como ha pasado con la distribución de los desfibriladores semiautomáticos en los centros públicos para tratar precozmente los episodios cardíacos agudos. Lo que se puede hacer es difundir unos protocolos de actuación adecuados a niños, familias y educadores. No tanto formar especialistas, como formar a la población general en las primeras medidas que hay que aplicar.

Por último, otra de las patologías prevalentes es, sin duda, el asma. ¿Qué

impacto han tenido los anticuerpos monoclonales en el asma? ¿Qué otras novedades se plantean para el asma infantil?

Como novedades, efectivamente, tenemos la ampliación del uso de los anticuerpos monoclonales en el control del asma grave cortico-dependiente para disminuir los efectos secundarios del uso prolongado de los corticoides sistémicos. En cuanto a los broncodilatadores, tras muchos años sin novedades, han salido broncodilatadores con acción larga y ultra larga que comienzan a tener indicación en grupos de edad pediátrica. Al menos por encima de los 6 años ya tenemos más oferta de la que teníamos hace unos años. También se ha empezado a introducir el grupo de anticolinérgicos que tienen un efecto broncodilatador, que hasta ahora eran más habituales para tratar EPOC en adultos, y ahora ya contamos con una molécula que tiene indicación en asma grave infantil.

Por último, ¿cree que hay margen de mejora en la formación de la patología respiratoria en la edad pediátrica?

En general, existe muy buena preparación en cuanto a la patología respiratoria en Pediatría, adecuándose además al nivel asistencial en el que trabajan de forma muy competente. Obviamente, siempre hay un margen de mejora, porque los estudios van aportando novedades en torno a tratamientos, en los cuidados o en prevención. Por ello, sociedades científicas como la SENP o la Asociación Española de Pediatría (AEP), además de otras sociedades pediátricas, ofertan continuamente oportunidades de formación continuada para realizar puestas al día. El margen de mejora es entonces estar en disposición de participar en esta formación continuada para mantener unos altos niveles de calidad en la asistencia a la enfermedad respiratoria de los niños ■



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA



Las
superbacterias
constituyen un problema
de **salud
global**,

Concepción Gimeno y María del Remedio Guna

Portavoces de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas
y Microbiología Clínica

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | SEIMC



ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/ENTREVISTA

Concepción Gimeno y María del Remedio Guna

“Las superbacterias constituyen un problema de salud global”

Las superbacterias son un problema de salud global. Concepción Gimeno y María del Remedio Guna, portavoces de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), creen que se deberían hacer más campañas de concienciación sobre el problema sanitario que suponen estas bacterias.

¿Cuáles son las infecciones respiratorias más comunes?

Las infecciones respiratorias más frecuentes son las infecciones víricas. El virus del resfriado común, rinovirus, es el virus más frecuentemente implicado en casos leves de vías respiratorias superiores. En los niños menores de un año, el virus respiratorio sincitial es el más frecuente en época invernal. También la gripe es una infección de transmisión respiratoria y que afecta de forma sistémica y con la que hay que contar en los meses de invierno. Además, hay otros coronavirus no SARS que producen cuadros respiratorios y bacterias, como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Legionella pneumophila*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamidia pneumoniae*, entre otros.

¿A qué se deben? ¿Cuáles son sus causas más frecuentes?

Las infecciones respiratorias se deben a la existencia de patógenos respiratorios fácilmente transmisibles por vía aérea y factores propios de los pacientes. También hay que contar con factores ambientales que permiten la proliferación de los patógenos en el tracto respiratorio, como son el frío en invierno o la patología de las vías aéreas, en fumadores.

¿En qué nivel asistencial se detecta la mayor parte de las infecciones respiratorias?

La mayor parte de las infecciones respiratorias se detectan en Atención Primaria, donde acuden los pacientes con sintomatología leve. Si la sintomatología es grave, como por ejemplo insuficiencia respiratoria, se ve más en Atención Hospitalaria; es decir, en Urgencias, Neumología, Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna...

En estos dos años de pandemia, ¿ha cambiado el perfil del paciente?

En estos dos años de la COVID-19 el perfil del paciente con infección respiratoria ha cambiado en el sentido de que el virus predominante ha sido el SARS-CoV-2, que afecta a todo tipo de personas. Produce cuadros más graves en no vacunados y en aquellos que tienen patología subyacente.

¿Cómo es la relación de Primaria y Especializada en el manejo de las infecciones respiratorias?

Las infecciones leves son más frecuentemente atendidas en Primaria y las graves en Urgencias y en el hospital. La relación es de total colaboración entre ambas. De hecho, existen direcciones de Atención Primaria que forman parte de la dirección/gerencia hospitalaria, siendo en la mayoría de comunidades una unidad funcional.

¿Cómo ha afectado la COVID-19 a la infección respiratoria más común previa a la pandemia?

El coronavirus SARS-CoV-2 ha pasado a ser el patógeno por excelencia en las infecciones respiratorias.

En estos dos años, ¿se han visto menos

infecciones respiratorias del tracto superior?

Sí. Hemos asistido a un descenso en las infecciones producidas por otros patógenos respiratorios, como gripe, VRS (virus respiratorio sincitial)..., seguramente debido a que las medidas de barrera, mascarillas y distancia física, han funcionado, no solo para el coronavirus, sino también para estas otras etiologías. El año que más notamos el descenso fue lógicamente el 2020 debido al confinamiento y al seguimiento de las medidas anti-COVID.

¿A qué se debe el aumento de los casos de tuberculosis que se han detectado?

Actualmente, hemos detectado un aumento de las infecciones respiratorias por micobacterias no tuberculosas (atípicas). El porcentaje de los casos de tuberculosis pulmonar en los últimos meses ha aumentado significativamente, debido a que de nuevo se ha reactivado el seguimiento de pacientes con cuadros clínicos de sospecha con respecto a meses anteriores.

¿Se puede detectar bien dicha infección?

En el momento actual y con las técnicas microbiológicas disponibles, tanto la enfermedad tuberculosa con las técnicas clásicas y detección de genoma en muestra directa, como la infección tuberculosa latente, mediante la detección de interferón gamma -IGRA, no presentan problemas para el diagnóstico.

¿Es más frecuente en algún grupo poblacional?

Es más frecuente en pacientes con enfer-



medades pulmonares de base, como pueden ser personas con EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística..., y pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores o biológicos. Y también hay cuadros de tuberculosis en población inmigrante.

¿Se llevan a cabo campañas de prevención de la tuberculosis?

En estos momentos no hay campañas de prevención de la tuberculosis como tal, lo que hay es un conocimiento mayor sobre la tuberculosis de los médicos implicados en su diagnóstico.

Y, ¿de información y formación?

Lo que hay son jornadas formativas e informativas sobre tuberculosis, así como hay organizado un sistema de tratamiento observado de los pacientes con tuberculosis con las farmacias que les dispensan dicho tratamiento.

¿Se puede relacionar el aumento de los casos de tuberculosis con la pandemia de la COVID-19?

En cierto modo lo que podemos es relacionar el aumento de los casos diagnosticados de tuberculosis con el mejor seguimiento clínico de los pacientes COVID. Pero no hay una relación causal de infección SARS COVID-19 e infección tuberculosa.

¿En qué se diferencia la infección producida por la COVID-19 de otros virus/coronavirus?

El SARS-CoV2 es un virus de transmisión aérea, cuya replicación tiene lugar en casi todas las células, no solo en el epitelio respiratorio, y como la gripe produce infección sistémica y daño tisular. Además, en el caso de la COVID-19 hay una respuesta inflamatoria exagerada que también produce daño. La gran mayoría de virus respiratorios replican de forma importante en epitelio respiratorio y con más dificultad en otros tejidos, siendo pues las infecciones que producen más banales que las del SARS-CoV2.

¿Existe automedicación para tratar las infecciones respiratorias?

En realidad, como en todos los tipos de infección, los pacientes deben acudir al médico y no deberían automedicarse. Sin embargo, la toma de analgésicos y anti-tusígenos es bastante frecuente que se realice sin supervisión médica. Hasta hace poco tiempo, cuando no se necesitaba receta para los antimicrobianos, también era frecuente que los pacientes se automedicaran con antibióticos,

Con respecto a las superbacterias, ¿cómo se pueden abordar?

Las superbacterias son bacterias patógenas que se han hecho resistentes a la gran mayoría de los antibióticos. Constituyen un problema global, cuyo abordaje es también global, con medidas de reducción

del consumo de antibióticos, cuando estos no son necesarios, tanto a nivel humano como en animales.

¿Por qué están aumentando?

Están aumentando por el aumento del consumo global de antibióticos, que permiten que sobrevivan aquellas bacterias que han desarrollado mecanismos de resistencia frente a los antimicrobianos.

La gran mayoría de virus respiratorios replican de forma importante en epitelio respiratorio y con más dificultad en otros tejidos

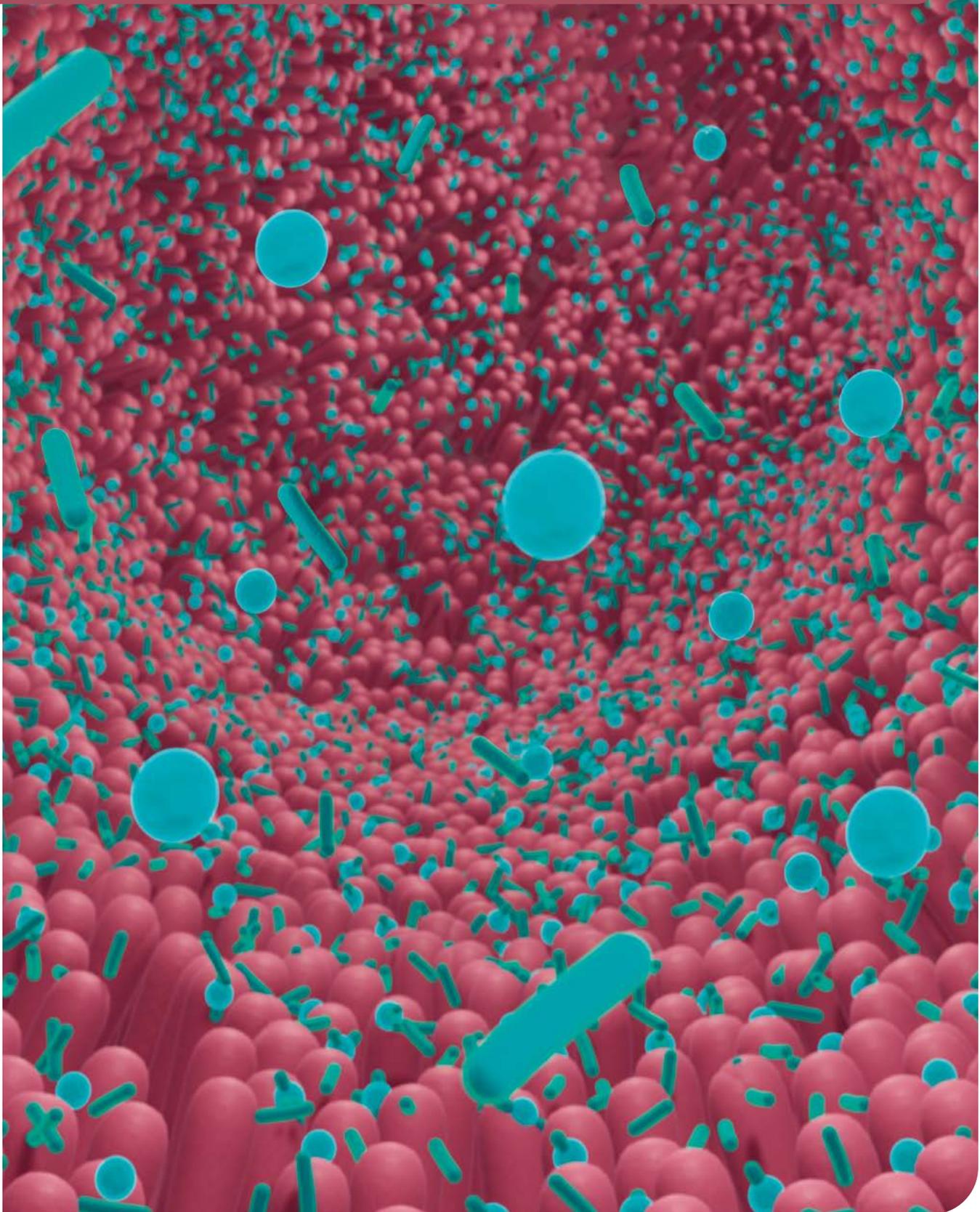
¿Percebe la población el riesgo que supone el aumento de las superbacterias?

Lógicamente, las infecciones por bacterias multirresistentes a los antimicrobianos dejan a los pacientes sin la posibilidad de tratamiento adecuado para cada bacteria y, por tanto, las bacterias no pueden ser correctamente eliminadas del paciente infectado. Deberían hacerse más campañas de concienciación del problema sanitario que suponen estas bacterias.

¿Qué medidas se deben tomar para controlar esta situación?

Disminuir los tratamientos antimicrobianos que no son estrictamente necesarios, por ejemplo, no tratar con antibióticos infecciones víricas que no responden a los mismos, no utilizarlos tampoco en ganadería ni en granjas y no permitir la automedicación con antibióticos ■

ESPECIAL ENFERMEDADES RESPIRATORIAS/ REPORTAJE



AB21

reduce síntomas
y carga viral
en pacientes
ambulatorios
con COVID-19

Un estudio aleatorizado publicado en la revista científica *Gut Microbes* indica que la administración coadyuvante de AB21 reduce los síntomas y la carga viral de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes ambulatorios.

Texto y fotos | EL MÉDICO



La administración de una cepa específica de probióticos es eficaz para reducir la gravedad de la infección por COVID-19. *Pediococcus acidilactici* combinada con *L. plantarum* CECT 7484 (KABP-022), *L. plantarum* CECT 7485 (KABP-023) y *L. plantarum* CECT 30292 (KABP-033) son los elementos integrantes de AB21, que ha sido desarrollado por AB-BIOTICS y se distribuye por los principales países europeos bajo la marca Xebivir. Dicho compuesto ha demostrado su eficacia frente a placebo en un estudio aleatorizado en pacientes ambulatorios con COVID-19 en cuanto a la tasa de remisión de la enfermedad, la duración de los síntomas y la carga viral.

Tal y como se recoge en el estudio publicado en *Gut Microbes*, que ha sido dirigido por el Dr. Pedro Gutiérrez-Castrellón, del Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, AB21 a una dosis mínima de 2 por 10 a la 9 (2 mil millones) unidades formadoras de colonias aumentada de forma significativa la tasa de remisión completa en sujetos con SARS-CoV-2 y COVID-19.

El objetivo primario de remisión completa; es decir, la eliminación completa de los síntomas y del virus, en el día 30, fue logrado por 78 pacientes, el 53,1%, tratados con probióticos en comparación con 41 pacientes, 28,1%, del grupo de placebo, una diferencia altamente significativa (p -valor < 0.001).

Durante el citado estudio se observó que no se produjeron hospitalizaciones ni muertes, por lo que se descartó la evaluación de otros objetivos co-primarios. Además, de los beneficios que se han cuantificado en la duración de los síntomas y en la carga viral en los pacientes ambulatorios COVID-19.

También se observó mejoría en los pacientes que presentaron infiltrados pulmonares al inicio del estudio, un total de 116. En dicho grupo, el tratamiento con pro-

bióticos se asoció con una puntuación radiográfica más baja en los días 15 y 30. Ninguno de los sujetos negativos para infiltrados pulmonares al inicio del estudio, un total de 184, se volvió positivo para infiltrados en los días 15 o 30.

Buena tolerancia

Así, se pudo observar que la suplementación con probióticos fue bien tolerada y redujo la carga viral nasofaríngea, los infiltrados pulmonares y la duración de los síntomas digestivos y no digestivos en los pacientes que siguieron la pauta prescrita, en comparación con los que formaban parte del grupo el placebo.

No se detectaron cambios significativos en la composición de la microbiota fecal entre los pacientes que recibieron el probiótico y los que formaron parte del grupo placebo, pero la suplementación con probiótico aumentó significativamente los niveles de IgM e IgG específicos contra el SARS-CoV2, en comparación con el placebo.

Por lo tanto, se plantea la hipótesis de que este probiótico actúa principalmente interactuando con el sistema inmunitario del huésped en lugar de cambiar la composición de la microbiota colónica.

El investigador principal del estudio, el doctor Gutiérrez-Castrellón, comenta a EL MÉDICO que dicha pauta terapéutica, administrada junto al tratamiento estándar, hace que la duración de los síntomas y la gravedad de estos, como la fiebre, cefalea, dolores musculares y manifestaciones respiratorias, duren menos tiempo en comparación con los sujetos que no reciben esta intervención.

Modulación del sistema inmunitario

La administración de dicho probiótico tiene un papel importante en la modulación del sistema inmunitario, puesto que también se ha demostrado que tiene un efecto en la carga viral, “que se mejora de una manera más rápida. Desde el punto de vista de inmunidad, las de las inmunoglobulinas IgG e IgM, que miden la mejora del sistema inmunológico de una persona, también se cambian de manera muy importante”, añade el investigador.

La administración de dicho probiótico tiene un papel importante en la modulación del sistema inmunitario, puesto que también se ha demostrado que tiene un efecto en la carga viral

Selección de pacientes

Para llevar a cabo este estudio se seleccionaron de forma aleatoria a 300 pacientes con una media de edad de 37 años, con un rango entre 18 y 60 años. 161 eran mujeres, lo que representa un 53,7 por ciento, 126, es decir el 42 por ciento, tenían factores de riesgo metabólicos y 293, el 97,7 por ciento completaron el estudio.

Se consiguió una remisión completa en 78 pacientes de 143 que recibieron el probiótico, lo que supone un 53,1 por ciento frente al 28,1 por ciento, 41 de 146 pacientes del grupo placebo.

Todos los pacientes seleccionados debían cumplir los criterios de tener una prueba de PCR positiva, los criterios de edad y los de la evolución de la enfermedad. Tal y como detalla Gutiérrez-Castrellón, “nosotros evaluamos que cumplieran dichos requisitos. Los sujetos leyeron y entendieron perfectamente los requisitos necesarios para entrar en el estudio y nos hicieron todas las preguntas para resolver todas sus dudas. Al final del día, firmaron una carta de consentimiento informado en la que aceptaban participar en el estudio,

recibir la intervención probiótica seleccionada, que se les permitiera hacer los estudios de laboratorio, que ya fueron comentados previamente, e ir llenando día a día su cartilla de evaluación de sintomatología respiratoria”.

Seguimiento

El estudio se programó en tres visitas al sitio del estudio: día 0 (visita 1), día 15 (visita 2) y día 30 (visita 3). En el día 0, a los sujetos del estudio se les administró AB21 o placebo y se les indicó que lo almacenaran a temperatura ambiente y tomaran una cápsula oral diariamente, desde el día 1 hasta el día 30, antes del desayuno.

Los sujetos también tuvieron acceso a un formulario de informe diario electrónico basado en la web (eDRF) para el registro de síntomas. Se proporcionó un termómetro infrarrojo (Harbin Xiande Technology Development Co, Harbin, China) a cada sujeto para uso doméstico durante el estudio, por lo que la medición de la temperatura era igual en todos los participantes del estudio.

En todas las visitas del estudio, se evaluó la gravedad de la COVID-19 en los sujetos mediante la escala de progresión clínica de la OMS y se les realizó una radiografía de tórax pulmonar para determinar el grado de infiltración, que se calificó según la puntuación de Brixia mediante el software IA-Rx.

Se tomaron muestras de sangre venosa en cada visita, así como muestras de heces en la primera y última visita con el kit GUT-OMR200 (DNAgenotek).

Los sujetos del estudio también fueron contactados por teléfono los días 5, 10, 20 y 25 (todos \pm 1 día) por personal sanitario, como parte del seguimiento ambulatorio.

Solo se permitió tomar paracetamol (500 mg/dosis, hasta tres veces al día) como *comedicación* para los síntomas de la CO-



VID-19 (el uso se registró en el eDRF del paciente), y no se permitieron otras terapias de COVID-19, como por ejemplo, corticosteroides. Se recomendó a todos los pacientes descansar lo más posible y no cambiar su dieta.

Análisis de resultados

Tras analizar todos los resultados, el investigador principal del estudio afirma que “la administración de *Pediococcus acidilactici* CECT 7483 (KABP-021) combinada con *L. plantarum* CECT 7484 (KABP-022), *L. plantarum* CECT 7485 (KABP-023) y *L. plantarum* CECT 30292 (KABP-033), una combinación de cuatro diferentes probióticos, reduce de manera muy importante el curso clínico de la enfermedad COVID-19 en sujetos de 18 a 60 años. Al mismo tiempo, la administración de estos probióticos reduce la duración de la enfermedad y la gravedad de la sintomatología”.

Concomitantemente con ello, prosigue el investigador, “la carga viral de la enfermedad se reduce de manera muy importante y el perfil de las citocinas, que son sustancias que están relacionadas con el proceso inflamatorio, también se modula de manera muy eficiente. No solo en el terreno de la eficacia, sino en el terreno de la seguridad, que es algo muy importante”.

En este ensayo clínico también se ha podido demostrar que la frecuencia de eventos adversos graves prácticamente no existió y si existió generalmente fueron muy reducidos. Por eso, los autores del trabajo insisten en afirmar que la administración de esta combinación de probióticos ejerce un efecto muy importante la evolución de la COVID-19.

Administración

Jordi Espadaler, director de Innovación de AB-BIOTICS, empresa biotecnológica que ha desarrollado AB21, explica a EL MÉDICO que es importante tener claro que un probiótico siempre va a ser un poco más lento que los medicamentos, ya que tiene un efecto biológico que necesita más tiempo para actuar. Como necesita más tiempo, precisamente, por eso, es importante administrarlo cuanto antes, mejor.

Además, este probiótico tiene la ventaja, frente a otros medicamentos, de que va a la raíz del problema, no únicamente trata los síntomas, sino que realmente está reduciendo la carga viral, estimulando el sistema inmune.

Pero necesita su tiempo para hacer efecto. Por lo tanto, cuanto antes se administre para infecciones respiratorias, así como para infecciones digestivas, siempre será mejor.

Modulación de las infecciones

En este sentido, Gutiérrez-Castrellón coincide con Espadaler al comentar que ciertos probióticos específicos pueden jugar un papel fundamental en la modulación del curso clínico de las infecciones respiratorias, tanto cuando se administran de manera preventiva como cuando se administran de forma adyuvante durante el tratamiento de las infecciones respiratorias.

Los expertos señalan que es muy importante entender que el mecanismo de acción de



AB21 no es algo específico únicamente para el COVID-19. Esta mezcla de cepas probióticas, cuatro cepas seleccionadas específicamente por su mecanismo de acción, lo que hacen es despertar al sistema inmune.

Mecanismo de acción

De hecho, Gutiérrez-Castrellón indica que la acción de este probiótico no es como una vacuna que lleva únicamente la información de un virus concreto que reconoce el sistema inmune, sino que lo despierta de manera genérica.

Por lo tanto, ese mecanismo de acción es básico para otros tipos de virus respiratorios, de modo que se produzca exactamente la misma cadena de eventos.

Es decir, que el probiótico llega al intestino, allí interactúa con el sistema inmu-

ne y lo activa. Una vez que están activadas esas células del sistema inmune, empiezan circular por todo el organismo. “Es muy importante saber que las células del sistema inmune circulan. Hoy están en el intestino de mañana están en el pulmón. Cuando llegan ahí, van a estar más activas y serán más capaces de reconocer los patógenos que están en el pulmón y producir anticuerpos que, como hemos visto en el estudio, son la clave para reducir una duración e intensidad de los síntomas y la carga viral”.

Los probióticos estimulan el sistema inmune, se producen más anticuerpos y esos anticuerpos se correlacionan con el efecto clínico descrito.

Probióticos específicos

Al mismo tiempo, en el estudio también se ha demostrado que, por ejemplo, las citocinas que regularmente se alteran y se des-

organizan en esta infección producen una mejor respuesta cuando se administran probióticos. “Pero no todos valen, tienen que ser muy específicos, porque no cualquier probiótico sirve para lo mismo”. Por eso, el trabajo de Gutiérrez-Castrellón se ha hecho con estas cepas tan específicas: *Pediococcus acidilactici* CECT 7483 (KABP-021) combinada con *L. plantarum* CECT 7484 (KABP-022), *L. plantarum* CECT 7485 (KABP-023) y *L. plantarum* CECT 30292 (KABP-033).

En el estudio también se ha podido constatar el impacto que tienen los probióticos, la cepa específica empleada, a nivel de la inmunidad cuando se administran en el aparato digestivo, ya que pueden mejorar la respuesta inmunitaria, con la producción de sustancias de propiedades de antibióticos naturales.

Cepa clave

Porque, tal y como destaca Espadaler, la cepa *L. plantarum* KABP 033 es la clave del producto. El investigador explica su mecanismo de acción. Esta cepa sobreexpresa una proteína y produce cantidades superiores a todos los demás *plantarum*; una proteína que es reconocida por el sistema inmune. Esta proteína lo activa. “Hay que pensar que el intestino es un poco como la universidad del sistema inmune. Se entrena para reconocer lo que es bueno lo que es malo. Una vez que los linfocitos maduran en la médula ósea y en el timo, circulan por el intestino. Hay que recordar que el intestino es uno de los lugares del organismo que está en contacto con más sustancias extrañas cada día”, apunta el investigador.

Y esta cepa probiótica lo que hace es activar el sistema inmune que está en el intes-

tino. Ahí se entrena para reconocer los patógenos de los no patógenos. Una vez que reconoce los patógenos se activa una señal, que sería como un despertador. Ese es el efecto que luego se traduce en un sistema inmune más activo que va a reaccionar más deprisa contra el virus SARS-Cov-2, como se ha visto en el estudio.

Espadaler recuerda que un probiótico no vale para todo. De hecho, a nadie se le ocurre que un medicamento sirva para todas las enfermedades. Pues con los probióticos sucede lo mismo, funcionan cuando se utilizan para sus indicaciones específicas.

Pauta coadyuvante

Teniendo en cuenta los resultados del estudio, Gutiérrez-Castrellón considera que los resultados de su investigación, una vez que se consideren de forma conjunta y se analicen con otras evidencias previamente publicadas, nos llevarán a un análisis y a una reflexión de poder considerar los probióticos como coadyuvantes, no solo en el manejo de la COVID-19, sino en otras enfermedades infecciosas respiratorias.

“Nos queda un camino muy grande por recorrer”, reconoce el investigador. “Nos queda una posibilidad de generar evidencia muy grande no solo en SARS-CoV-2”.

Siguientes pasos

En este contexto, destaca que, regularmente, los niños, los adultos y los mayores están teniendo con frecuencia infecciones respiratorias que les deterioran considerablemente su calidad de vida. De esa manera, “empezamos a pensar que intervenciones del tipo probiótico posibilitan la probabilidad de reducir la frecuencia en el uso de antibióticos, que es algo tremendamente importante. La utilización de probióticos ofrece vías prometedoras, tanto en generar nueva evidencia como en establecer medidas costo-eficientes que impacten en la calidad de vida de los pacientes” ■

Solidaridad empieza por



Envía un SMS al
28014
con la palabra
MANOSUNIDAS

Estarás donando
1,20€
para combatir
el hambre y
la pobreza en
el mundo

S *eamos* **M** *ás* **S** *olidarios*





saned.
GRUPO

El Médico
Interactivo

El Médico

*Desde 1981
comunicando
en salud*





Atención a la Salud Mental, mucho más que el control de los **síntomas** **psiquiátricos**

Texto  N. Lauzirika

Fotos  Miguel Calvo



Especialistas de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAV) y de la Comunidad Foral de Navarra se dieron cita en Bilbao para participar en el Foro de Salud Mental, celebrado por EL MÉDICO, con el apoyo de Angelini Pharma, enmarcado en la reciente publicación del libro “Presente y Futuro de la Salud Mental en España”. En el coloquio, los especialistas pusieron en común sus experiencias en la Red de Salud Mental de los distintos territorios de Euskadi y de las iniciativas que se llevan a cabo en Navarra. Aspectos similares en los que en la mayoría de los temas sintonizaron. “Ha sido una oportunidad para compartir las reflexiones que nos rondan a todos los que trabajamos en esta área”, sentenciaron con visible satisfacción.

En el encuentro, los expertos debatieron sobre la importancia del trabajo conjunto y transversal de todos los actores para la mejora de la salud mental. Asimismo, coincidieron en que la atención a la salud mental debe ir más allá del control de síntomas psiquiátricos, hacia la atención a la persona y a la consecución del bienestar físico y emocional. Incidieron en la necesidad de prestar especial atención a los colectivos vulnerables como mujeres, niños y adolescentes, al tiempo que señalan lo destinado a la salud mental como inversión.

En el Foro se puso sobre la mesa cómo implementar la nueva estrategia de Salud Mental, aprobada el pasado 3 de diciembre en el Consejo Interterritorial.

“Desde la asistencia sociosanitaria se pueden aportar experiencias muy interesantes para la salud mental”, expuso José Antonio De la Rica, director de Atención Sociosanitaria de Euskadi, especialista en psiquiatría. Actualmente continúa realizando las labores de coordinación de asistencia psiquiátrica y salud mental, tanto en el departamento de Salud del Gobierno vasco como en Osakidetza.

En su opinión, el pensamiento que alumbra muchas de las decisiones que se toman en salud mental tienen ese componente sociosanitario. “La atención sociosanitaria se enfoca más hacia las necesidades de las personas y no tanto a la ortodoxia sanitaria, donde hay un pensamiento clínico centrado por el diagnóstico”. Para este experto, la

ASISTENTES

Alejandro Ballesteros Prados. Director médico de la Red de Salud Mental de Araba.

Álvaro Iruin. Director gerente Red Salud Mental Gipuzkoa.

Ana González Pinto. Catedrática de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco.

Antonio López Andrés. Subdirector de Farmacia y Prestaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Carlos José Pereira Rodríguez. Director gerente Red Salud Mental Bizkaia.

Iñaki Arrizabalaga Etxegoena. Gerente Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

José Antonio De la Rica. Director de Atención Sociosanitaria de Euskadi.

atención sociosanitaria es mucho más contingente. “Es un ámbito que engloba a toda la sociedad como posible candidata a padecer una necesidad sociosanitaria, aunque es cierto que se centra y se focaliza más en colectivos denominados diana: personas en situación de dependencia, con discapacidad o capacidades diversas, niños y niñas con necesidades especiales; situaciones de desprotección relacionadas con el maltrato en niños, niñas, personas mayores y/o mujeres víctimas de violencia de género”.

Colectivos con trastorno mental grave en el que suman situaciones de exclusión, unido al elemento clave del estigma que se sigue manteniendo hacia estos pacientes. En esta línea, De la Rica destacó el trabajo conjunto y transversal de todos los actores para la mejora de la salud mental. “La atención sociosanitaria aporta visión transdisciplinar, porque el sistema sanitario y el de servicios sociales están atendidos por distintos profesionales; desde la atención sociosanitaria se aporta una visión relacionada con la integralidad y con el establecimiento de ecosistemas de atención y cuidados que dan respuestas mucho más integrales. Dentro de esos ecosistemas la confluencia de saberes adquiere todo su sentido”.

Estrategia sociosanitaria

Puso en valor la estrategia sociosanitaria de Euskadi, que ha cumplido ya un cuarto de siglo “y que en los últimos diez años a través de documentos estratégicos nos ha servido para impulsar determinadas cuestiones claves para su buen funcionamiento”. Refirió sus cinco áreas de actuación: el impulso institucional; el impulso tecnológico; el de la sostenibilidad, “las inversiones que son el elemento fundamental en estos momentos”, así como el impulso asistencial; y la innovación “que debe ser un elemento fundamental, porque el fu-

**José Antonio De la Rica:
“En Euskadi tenemos la suerte de disponer de una estrategia sociosanitaria que tiene ya la experiencia de un cuarto de siglo”**



turo no es una historia acabada”, comentó. “Además, tenemos que ser humildes y mirar qué hacen en nuestro entorno, en el Estado, en Europa y en otros países”.

A juicio de este especialista, “el dinero debe seguir al paciente; los presupuestos finalistas de las inversiones deben de tener claro que el objetivo sanitario no solo es atender los síntomas en salud mental, que también; las inversiones deben dirigirse hacia la promoción y prevención de la salud mental, porque en estos elementos es donde no se está invirtiendo”.

Explicó que la propuesta de Ley de Salud Mental que está en el Parlamento Vasco y en el Congreso curiosamente ponen todo su peso en lo asistencial, “centrada en la provisión de más profesionales para cubrir una demanda que es infinita, porque prácticamente todo el mundo podría tener algún problema de salud mental si no lo delimitamos bien. Nos estamos olvidando de que actuaciones no asistenciales como la buena crianza, la disminución del estrés en los colegios o la conciliación contribui-

rían a la creación de resiliencia y a fortalecer los recursos que tendrán los futuros adultos para gestionar bien sus emociones y su salud mental”.

En este sentido, la nueva estrategia, subrayó, afianza la labor que vienen realizando bajo el modelo comunitario, “que enfoca bastante bien algunas cuestiones que no tenían la suficiente intensidad, como la prevención de suicidios. Nosotros en lo que nos toca como sociedad y profesión, iremos adaptando la estrategia a nuestras capacidades”.

Trabajo conjunto y transversal

Alejandro Ballesteros Prados, director médico de la Red de Salud Mental de Ara-

ba, también apostó por el trabajo conjunto y transversal para la mejora de la salud mental. Sostuvo la visión acertada del espacio sociosanitario, “es importante abarcar los cinco colectivos diana y compaginar la

**Alejandro Ballesteros:
“En Araba, desde el nacimiento de la Red de Salud Mental en 1983 nos hemos dedicado solo a tratar a los pacientes; no tenemos una gran cultura de la promoción y prevención de la patología”**

perspectiva de evidencia de la ciudadanía con un enfoque integrador fruto de la intervención de múltiples profesionales con diversa formación”.

En el ámbito sanitario y social, en Osakidetza hay dos grupos de trabajo para agilizar la intervención en la prevención de suicidios, pues un

millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo, en España diez al día, siendo la primera causa de muerte no natural, “especialmente en los colectivos diana de 15 a 44 años y la tercera edad; por esto mismo es fundamental el trabajo conjunto”.



Por su pasado como clínico con colectivos infantiles, abordó el tema del bullying y el acoso escolar. “Situaciones que pertenecen a la línea estratégica de salud mental. En Euskadi hay un enfoque colaborativo en las unidades técnico-educativas, donde se imbrican el entorno educativo y sanitario para atender vulnerabilidades y pacientes de mayor gravedad, con un enfoque integrador. A futuro es importante esforzarse en buscar estrategias centradas en la prevención”.

Estrategias de prevención

Abogó por programas específicos frente al problema de los suicidios en los colegios e involucrar al profesorado y al alumnado para llegar antes y prevenir los factores de riesgo, que son la antesala de la enfermedad mental. Se mostró también partidario de ir más allá del control de los síntomas psiquiátricos. “Desde luego, lo que necesitamos es tener una atención dirigida a la persona, a la consecución del bienestar socioemocional, aunque también es cierto que al final el abordaje de los síntomas clínicos son una base que no hay que olvidar. En los últimos años ha habido importantes avances, pero evidentemente deben ir acompañados de la recuperación del paciente en todos sus aspectos”.

Porque, como apuntó Ballesteros, no solo hay que ir a la estabilidad clínica de los pacientes, “hay otro aspecto que es la reinserción en la sociedad con una vida plena y en esta línea Euskadi y Navarra son comunidades punteras en el empleo protegido, que han redundado no solo en la recuperación clínica, sino también de su vida integral”, explicó, espoleando la necesidad de poner en práctica la nueva Ley

de Incapacidad. “Porque si logramos sobre la base teórica una implementación buena con las entidades jurídicas y sociales, pasaremos de un modelo paternalista a otro más colaborativo involucrando al paciente”.

Respecto a la inversión en salud mental, Ballesteros fue contundente al señalar la necesidad de establecer cómo se distribuyen los fondos. En su opinión, para las enfermedades mentales comunes, pero de alta frecuencia, quizá habría que buscar más medidas de bajo coste. También reflexionó sobre el porcentaje de inversión que iría a la prevención y cómo se potenciaría la investigación en I+D.

Sobre cómo implementar la nueva estrategia de salud mental, que abarca diez puntos, enumeró algunos retos de mejora, tales como la prevención de riesgo de ciberadicción, el ciberacoso, la perspectiva de género, el del suicidio. “Pero el reto global de los próximos años es la dotación en salud mental y cómo la distribuimos”.

Promoción y prevención como retos estratégicos de salud mental. “A la hora de distribuir los presupuestos quizás tendríamos que ir hacia la intervención temprana. Una mayor inversión es necesaria, pero enfocada y pormenorizada sobre los colectivos de población diana y dentro de las patologías o problemas concretos que puedan tener”.

Autonomía y derecho de la persona

Iñaki Arrizabalaga, gerente de salud mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS), apuntó hacia la Estrategia de Salud Mental como el elemento clave para después desarrollar las líneas de acción y las intervenciones específicas.

El experto de Osasunbidea comentó que la estrategia va a dos niveles. “Ya tenemos la estatal y el Plan de Salud Mental de Navarra, donde hablamos de autonomía y derecho de la persona; de promoción y prevención, detección precoz de la conducta suicida, de la atención a las personas con problemas de salud mental, basada en la recuperación, que es un elemento clave para su integración social”.

La estrategia incide en la salud mental en la infancia y la adolescencia, “que en situación de pandemia hemos visto que ha sido un colectivo donde se han disparado los problemas”, reflexionó. “También hablamos de la intervención y participación de la familia; la intervención en red con otros profesionales, la participación de la ciudadanía y sobre la formación e investigación”. En la estrategia del SNS hay una serie de principios básicos: la persona como sujeto de derecho, el enfoque de género y la participación de las familias. “Hablamos de modelos de humanización, atención personalizada y segura, recuperación personal con unidades asistenciales con derechos y obligaciones”.

El experto del SNS tocó el tema de los recursos humanos. “En todos los servicios asistenciales tenemos problemas de estabilidad y adecuación de las personas a las necesidades asistenciales para optimizar la atención integral. Porque este concepto de la integralidad es un elemento clave, así como la coordinación con servicios de AP, con recursos interdepartamentales y los del Tercer Sector”, apostilló.

Lucha contra el estigma

Otra de las áreas claves atendida en Navarra es la lucha contra el estigma de la conducta suicida, la prevención, detección y atención precoz. “Tenemos una comisión interdepartamental con numerosos agentes para intervenir lo más rápido posible”. Reconoció que deben de trabajar más en el tema de las conductas adictivas. “Está cojo; estamos viendo poco los diagnósti-

cos; además, ya no son diagnósticos únicos, sino cada vez hay más patología dual”, reconoció, mientras se refirió al Plan de Salud y el Plan de Salud Mental 1972 que todavía está activo en Navarra.

“El Plan de Salud Mental tiene cuatro ejes de actuación; hablamos del comunitario, que es por dónde tenemos que ir. Hablo de él como nuevo modelo de paradigma, porque hablamos de él desde el año 85, pero no sé si se conoce bien lo que implica este modelo comunitario”, remarcó Arrizabalaga. En este aspecto observa la variabilidad clínica de Navarra y las dificultades para desarrollar la estrategia de forma uniforme. “Al ser una comunidad uniprovincial estamos viendo una variabilidad en la forma de intervenir, que además redonda negativamente en el valor de la equidad”.

Reconoció que el plan es muy ambicioso porque desarrolla objetivos operativos que facilitan implementar líneas de actuación para la promoción, el impulso del tejido social, la revisión de los programas transversales y los recursos asistenciales. Esto incidirá en la colaboración con la AP, entre los distintos departamentos del Gobierno navarro, así como en la formación y lo relacionado con los profesionales.

Salud mental positiva y humanización

Al especialista navarro le preocupa la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental, así como la accesibilidad a los servicios. “La equidad es un elemento clave, un concepto global, no basado solo en lo sintomático y en lo vocacional, sino en el desarrollo personal, la responsabilización, los modelos de calidad, la sostenibilidad, la salud mental positiva y la humanización, un elemento que en estos momentos está en boga”.

Aunque en Navarra tienen recursos y están bastante bien dotados, encuentran dificultades para completar las plantillas. “Lo ideal sería la interacción de equipos

para que pudiéramos llegar a tener una visión holística de la persona, pero nos faltan profesionales”.

Como línea estratégica de acción destacó la accesibilidad de los servicios. “Tenemos dificultades con las listas de espera, con la gente joven, con los colectivos minorizados, la población excluida, las mujeres maltratadas, que sufren el doble estigma; y la dispersión geográfica, lo que propicia la falta de equidad; sin olvidar el abandono de las carreras profesionales de servicio”, recalcó.

Impulso al modelo sociosanitario

Carlos José Pereira Rodríguez, director gerente de la Red de Salud Mental de Bizkaia (RSMB), explicó los programas específicos en el territorio para las poblaciones vulnerables, así como para los niños, los adolescentes y también para los adultos con trastornos de salud mental grave. En la red de Bizkaia los hospitales de día y los TAC son importantes, “porque han sido los instrumentos de nuestro incremento de la política del modelo comunitario”. Además, se congratuló como algo muy positivo que las personas “sin techo” hayan ingresado en el sistema, “porque ha significado que las hemos sacado de la calle y están mejor atendidas”.

En Bizkaia, al referirse al espacio sanitario, indicó que están los recursos para trastornos graves. “Semi-residencias con pisos tutelados con una financiación mixta del Departamento de Salud y las Diputaciones forales. Aunque ahora Salud lo deriva directamente a Diputación, a veces surgen problemas en la actuación de esos pisos”, reconoció. “Los Servicios Sociales en Bizkaia dependen de la Diputación Foral y tanto el área de adicciones como las dos comunidades terapéuticas son financiadas por el departamento de

Salud, pero su acceso lo regulamos desde la Red”.

La Red de Salud Mental de Bizkaia

La Red de Salud Mental de Bizkaia dispone de tres hospitales (Bermeo, Zamudio y Zaldibar), 25 centros de salud mental, de los cuales seis son para adultos, cuatro centros (uno por comarca) y un hospital de día para niños y adolescentes que atienden a

Carlos José Pereira: “El reto de la Red de Bizkaia, como del resto de las redes, es que las estancias hospitalarias se reduzcan el máximo posible”

la población menor de 18 años; y un equipo TAC con cobertura a la comarca de Bilbao, para personas sin hogar en coordinación con el Ayuntamiento de Bilbao.

Otros servicios de la red son un centro terapéutico educativo en colaboración con el Departamento de Educación y el Hospital de Día de Adicciones con cobertura territorial. Además, los servicios de salud mental de Osakidetza se completan con 3 unidades de hospitalización para pacientes agudos, situados en los Hospitales de Galdakao, Cruces y Basurto, gestionados por sus correspondientes OSIs. La RSMB mantiene procesos de coordinación y continuidad de cuidados con los mismos.

Sobre coordinación entre AP y hospitales, indicó Pereira que la AP es el primer derivador de pacientes a salud mental y “los hospitales de agudos envían los pacientes a los centros de subagudos; toda la combinación de la Red nos permitió en la pandemia cerrar las unidades de Agudos en Cruces y Galdakao para tener camas para enfermos de covid. Un formato que demuestra que sin una situación de coordinación y transversalidad en la red los distintos actuantes en salud mental no habrían podido trabajar”.

Sobre la estrategia de Salud Mental, Pereira planteó que el reto es el modelo comunitario y que las estancias hospitalarias se



reduzcan el máximo posible. En Bizkaia se apuesta por el modelo de recuperación, volver a tener el control sobre su propia vida y entrar en el circuito del trabajo. “En este reto, como en el comunitario, los objetivos que teníamos en el Plan estratégico los hemos cubierto en un 70%, pero en el modelo de recuperación estamos en un 50%. Nos queda mucho camino por recorrer”.

No psiquiatrizar a la población

Ana González Pinto, catedrática de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco y jefa del Servicio de Psiquiatría de la OSI Araba de Osakidetza, ha trabajado activamente en la estrategia de salud mental del SNS. “La ministra pidió que la revisáramos y hay que decir que nos hicieron caso en casi todo; porque a veces se confunden lo que son los síntomas mentales y la enfermedad mental y esto nos parece peligrosísimo en el camino de lo que podría llegar a ser psiquiatrizar a la población. Una

cosa son los programas de prevención y promoción y otra muy diferente es el tratamiento; en esta línea tras la revisión tuvieron cuidado en no confundir los términos. Además, en la primera estrategia tampoco aparecía la patología dual, ahora sí”, subrayó con satisfacción.

Se han venido desarrollando algunas novedades de la estrategia del SNS, aunque casi todas ya aparecían en la estrategia del País Vasco. “Se incluyen algunos aspectos que son obvios, como que no podemos quedarnos solo en un tratamiento sintomático, hay que buscar una recuperación funcional, global, una integración social y laboral”, comentó. “Además, en la estrategia global se incluyen el tema de la integración social, la lucha contra el estigma,

la visibilidad de la enfermedad y la promoción de la atención y la prevención de los trastornos mentales, que no es lo mismo que el tratamiento de la enfermedad y que debe contar con partidas presupuestarias adicionales a las del tratamiento de las enfermedades”. Y al citar la prevención quiere remarcar el incremento de la conducta suicida. “En Euskadi se están ya implementando programas de prevención, y existe una estrategia que está desplegándose”.

Para González-Pinto hay que ser muy responsables en el tema de los recursos, “porque no somos un país rico y porque siempre existe cierta tensión entre lo que se solicita y lo que realmente se obtiene”, reseñó.

**Ana González-Pinto:
“A veces se confunden los síntomas mentales con la enfermedad mental; eso nos parece peligrosísimo porque se puede llegar a psiquiatrizar a la población”**

programas intensivos. Eso exige también trasladar recursos a estos programas. Además, apuesta por dar apoyo a Atención Primaria y especializada. “Muchos pacientes nos llegan a Salud Mental desde la medicina especializada, generalmente se trata de patología leve, o síntomas mentales, que con intervenciones breves pueden obtener un gran beneficio”.

Asimismo, abogó por la creación de grupos terapéuticos para personas en riesgo de enfermedad mental, no personas enfermas, sino para las que presentan síntomas depresivos y ansiosos. “Se pasan unas escalas a todos los pacientes que van a los programas transversales que tenemos como rehabilitación cardíaca, o sueño y formamos grupos para llegar al

máximo de estos pacientes, porque nuestro sistema, por definición, en el País Vasco y en el Estado es de equidad. Es un sistema público, que es nuestra gran fortaleza, aunque hemos pasado una época difícil tanto por las dificultades de atención, las bajas de profesionales, la falta de especialistas, y el incremento de trastornos mentales”.

Invertir bien los recursos

En este apartado la clave es elegir bien dónde se ponen los recursos y cómo realizar las intervenciones. “Las consultas deben de ser breves para que sean más equitativas para toda la ciudadanía. Con este objetivo y como programas transversales en nuestro centro en consultas externas de especializada formamos pequeños grupos para la promoción y prevención de la salud mental. Los índices de satisfacción son buenos en estos programas”.

En Euskadi el 16% de la población de menos de 30 años está en tratamiento. “Incidencia altísima, aunque comparados con países europeos que han invertido más en salud mental, estamos mejor”. Pero los problemas de salud mental son muy frecuentes y van a más. “Esto lo hemos visto también en la pandemia con el confinamiento y la distancia social”. En Euskadi se han disparado los ingresos, de 50 menores en el 2018 se ha pasado a 123 en el 2021.

En cuanto al tema de la humanización y recuperación del paciente, lo que reclaman las asociaciones de familiares y pacientes es tiempo. “Su queja es que el médico no le dedica suficiente tiempo. Reclaman psicoterapias que complementen los tratamientos farmacológicos. En el sistema público las psicoterapias deben ser basadas en la evidencia y breves, incluso algunas aplicarse parcialmente a través de internet, con la llamada telemedicina”. Considera que al paciente hay que darle lo que sea eficaz, intentando tener en cuenta que “hay que llegar a todos;

“LAS FORMAS *DEPOT* DE NEUROLÉPTICOS PERMITIERON UN MEJOR MANEJO DE PACIENTES DIFÍCILES”

Antonio López Andrés, *subdirector de Farmacia y Prestaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

Este experto, uno de los participantes en la elaboración del libro “Presente y Futuro de la Salud Mental en España”, presentado recientemente, se refirió al papel de la innovación terapéutica en el manejo de la enfermedad mental. Hasta bien entrados los años 60, en el mundo occidental los pacientes con enfermedades mentales eran sistemáticamente institucionalizados (psiquiátricos o manicomios).

En ese sentido, subrayó López Andrés, el descubrimiento y comercialización de los neurolépticos a partir de 1952 es un factor determinante para el desarrollo de estas políticas de institucionalizar sistemáticamente a estos pacientes.

La desinstitucionalización es un concepto que llegó a España a lo largo de los años 80 a través de la Reforma Psiquiátrica, con la intención de cerrar todos los manicomios. En 1985 se incorporó la corriente de la psiquiatría comunitaria siguiendo el “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica”, que establecía los principios generales a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica.

“En este proceso se pasa de mantener a las personas con enfermedad mental en hospitales psiquiátricos, a darles una atención digna e integrada en la sociedad a través de modelos basados en mejorar su calidad de vida. En España el proceso pasó por establecer una red comunitaria de centros de salud mental, donde el paciente es atendido puntualmente a imagen de los centros de AP”, añadió el subdirector de Farmacia de Osasunbidea.

La aparición de las formas depot de los neurolépticos permitieron un mejor manejo de los pacientes más difíciles, aquellos en los

que no se garantiza el cumplimiento terapéutico. “De esta forma, no tenían que acudir frecuentemente a los centros de salud mental, hecho que ayudaba a desestigmatizar la enfermedad y suponía un alivio para familias y cuidadores que podían tener “controlado” al paciente, liberándolo de la toma diaria de los antipsicóticos”.

Revolución psiquiátrica

Actualmente, gracias a la nueva percepción del tratamiento de la enfermedad mental en el ámbito comunitario, es impensable que una persona ingrese de larga estancia dentro de una institución. De esta “revolución psiquiátrica” se derivan consecuencias directas y diferidas tras la introducción de los psicofármacos y que pueden resumirse en tres: Desinstitucionalización, implicación de la AP en la salud mental, especialmente en el manejo de trastornos mentales menores y reafirmación de las hipótesis biológicas sobre la génesis de las enfermedades mentales.

Respecto a la agenda política, consideró que en Navarra desde hace muchos años se ha querido dar una relevancia particular a la Salud Mental, siendo el único tipo de patología con una estructura propia, con una dirección gerencial y una estructura administrativa equiparable a la que tiene AP o Salud Pública.

Crece los antidepresivos

Está convencido de que existe en general un diagnóstico adecuado sobre las dolencias mentales y de que en los últimos años se ha dado un tratamiento terapéutico, especialmente con medicamentos, en general correcto. Sin embargo, en ciertos grupos terapéuticos como los antidepresivos aprecia

comportamientos terapéuticos tendentes a un sobretreatmento, especialmente para aspectos de la vida ordinaria que deberían tener un abordaje terapéutico no farmacológico. Mientras que el consumo de hipnóticos y tranquilizantes menores se ha contenido en los últimos años, el de los antidepresivos sigue creciendo con tasas anuales de hasta un 15%.

Coincidiendo con Iñaki Arrizabalaga, gerente de Salud Mental de Osasunbidea, señaló que en Navarra el Plan de Salud Mental 2019-2023 detalla y planifica adecuadamente los recursos de la Gerencia de Salud Mental, centros de salud mental, centros de salud infantojuvenil, programas de primeros episodios psicóticos, unidades de hospitalización psiquiátrica, hospitales de día, unidades de media y larga estancia, etc. “En definitiva, los recursos son adecuados tanto por ratios de plazas como de profesionales”.

En ese sentido, recordó que en el Plan de Salud de Navarra el objetivo estratégico es “impulsar la mejora de la imagen y prevenir el estigma de las personas con enfermedad mental”. Esto se plasma en varias líneas de acción: mejorar la percepción de la ciudadanía sobre las personas con trastorno mental, incluir su abordaje normalizado y evitar su riesgo de victimización.

El Plan de Salud de Mental de Navarra especifica varios indicadores de salud para cada uno de los objetivos estratégicos. Además, el ámbito de las políticas de uso racional de los medicamentos es un aspecto en el que se hace especial hincapié, así como en la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, en el manejo de los medicamentos para la salud mental, teniendo en cuenta que el medicamento es un elemento transversal a toda la organización sanitaria.



porque si vamos a tratar solo a 10, quizá sea mejor a cien con una psicoterapia más corta que ya ha demostrado ser eficaz con menos número de sesiones". La Unión Europea ya invirtió precisamente en el desarrollo de psicoterapias breves, y la terapia Mastermind está elaborada para poder tratar trastornos depresivos leves y moderados.

Cultura sobre salud mental y competencias profesionales

Otro aspecto relacionado con la falta de cultura sobre salud mental en nuestra sociedad es la idea de las competencias profesionales. "Existe la idea de que el

psicólogo es el que hace la psicoterapia, especialmente el psicólogo clínico en el ámbito de las enfermedades mentales; y es correcto, pero también el psiquiatra la hace de acuerdo al Real Decreto de formación".

Insistió la psiquiatra en que lo solicitado en el ámbito de salud mental es una inversión de tiempo de profesionales que exige una reflexión responsable. "Hay que diferenciar la atención a la enfermedad mental grave, que precisa abordajes tempranos, e intensidad terapéutica, de la prevención y la promoción, así como del tratamiento de los problemas leves, que precisan intervenciones breves".

Por otro lado, apuntó la necesidad de definir bien los tratamientos y adecuarlos desde una perspectiva integradora. "Las enfermedades mentales son dolencias biopsicosociales; no podemos olvidar la parte más biológica, porque también hay que tratar con fármacos a pacientes cuando los necesiten. Además, aplicamos psicoterapias y tenemos que considerar la perspectiva social".

Una Red destinada solo a tratamiento

Álvaro Iruin es director gerente de la Red de Salud Mental de Gipuzkoa, donde trabaja desde 1983, antes de que existiera Osakidetza. "Una de las diferencias con las otras redes de los territorios vascos y

ALGUNAS CONCLUSIONES

- 1 La atención a la salud mental debe ir más allá del control de síntomas psiquiátricos; ha de incidir en la prevención de las secuelas relacionadas con el estigma y la atención integral de la persona con trastorno mental en todas las dimensiones de su bienestar físico, psíquico y social.
- 2 Necesidad de compartir buenas prácticas y la alternativa a la hospitalización con el desarrollo de entornos comunitarios.
- 3 Es preciso ir controlando la demanda de consultas de salud mental de forma preventiva, sin psiquiatrizar más el sistema. Además, del mismo modo que hay una cierta homogeneidad en las actuaciones y abordajes de la salud mental en Euskadi y Navarra, es también importante incidir en los indicadores de calidad de los procesos.
- 4 Debe integrarse el trabajo de los centros y relegar las desconfinanzas entre unidades; hay que intentar sumar, porque no existen recursos para todos. Es clave la necesidad de psicoterapias para la equidad, así como ambulatorizar muchos de los procesos de salud mental, trasladando al ámbito sociosanitario todo aquello que sean capaces de hacer y para lo que tengan recursos.
- 5 El reto de la estrategia de salud mental debe compaginar aspectos en la línea de la intervención, como la incapacidad, el *bullying*, y en trabajar sobre los colectivos más vulnerables, como adolescentes, mayores, población penitenciaria..., con el objetivo de tomar decisiones importantes para reinsertarlos. Por eso, es decisivo que el paciente acuda cuanto antes a AP donde tendrá un abordaje temprano.
- 6 En el País Vasco, aunque la atención en salud mental sea mejorable, no se parte de cero. Ya se dispone de un sector terciario muy potente, con las líneas de psicoterapias regladas basadas en la eficiencia. El último reto está en la parte de empleo laboral, protegido, donde la mejor manera de potenciarlo sería sumar perspectivas para construir una mejor salud mental.
- 7 Es necesario reflexionar más sobre la atención de salud mental y concienciar a la población sobre este ámbito de la salud; no puede ser que una persona con un problema emocional, que por definición es una reacción normal de adaptación, pueda llegar a pensar que precisa atención sanitaria. Los centros de salud se llenan de gente sana pero infeliz, generando un problema importante de costes evitables, directos e indirectos.
- 8 También sería interesante unificar nomenclaturas, para que todos los especialistas referencien lo mismo, así como definir los tratamientos y ver cómo se maneja la agenda.
- 9 En Navarra se lleva años haciendo lo mismo. Se está en una situación en la que han de reevaluarse los procesos asistenciales que se están implementando, así como los recursos, desterrando los modelos enquistados de funcionamiento. Además, en opinión de los expertos, los centros de salud mental están colapsados. Hay que "enganchar" a las personas que están en el sistema, pero que no están entrando en procesos de recuperación personal.
- 10 Fomentar la consulta no presencial, una herramienta muy útil para los médicos de AP, y redirigir la demanda. También sería bueno fomentar las consultas de apoyo psicológico.



Navarra es que no disponemos de camas. Nosotros éramos módulos psicosociales y pertenecíamos a la Diputación, con lo cual la transversalidad es algo que nos viene en los genes. Ya éramos del ente foral, ya éramos sociales y luego fuimos sanitarios y, por lo tanto, sociosanitarios”.

El no disponer de camas en 1997 los llevó a inventarse como sociosanitarios, cuando casi nadie sabía lo que era eso. El inconveniente es que desde el principio fue una red dirigida a tratar, no a prevenir, y en esa rutina se han mantenido durante muchos años “sin intervención preventiva reseñable, sin un plan de promoción y prevención; solo en los últimos años hemos empezado a trabajar en ello”, explicó el psiquiatra guipuzcoano. “Por lo tanto, nuestra cultura de promoción y prevención es escasa”.

En este sentido, reconoció que quizá cambiar el término psiquiatría por salud mental no haya sido un acierto. “De repente tenemos que hacer las mismas cosas que antes más promoción y prevención y no tenemos recursos para todo”, remarcó. “En todo caso

estamos claramente alineados con la idea de que no hay salud sin salud mental, porque de lo contrario estaríamos estigmatizando a la salud mental con respecto a la salud general”, en coincidencia con el resto de tertulianos.

Un sistema social muy flojo

Para Iruin la pandemia covid ha puesto en evidencia que nuestro sistema social es muy flojo. “Apreciamos que la infancia y adolescencia han tenido un mal vivir con la pandemia y creo que no es achacable solo a la salud. En ello interviene el sistema educativo, familiar y sanitario; contamos con una generación que soporta muy mal las limitaciones”.

Otro aspecto que para Iruin merece especial atención es el consumo de alcohol. “Aquí es un problema muy importante contra el que hacemos poco, sea porque no sabemos cómo abordarlo o no podemos o no queremos hacerlo; no lo sé, pero realmente es un grupo de altísimo riesgo. También me preocupa, y mucho, el maltrato a los niños, tanto en forma de *bullying* como de

agresiones sexuales que están ahí y habría que tenerlo más en cuenta”.

Ante la falta de recursos humanos, que seguirá sin solucionarse por la escasez de presupuesto, aboga por un rediseño del sistema. “Porque si no, nunca saldremos adelante; si nos reorientamos hacia la prevención y promoción tendremos que contar con diferentes tipos de profesionales y reorganizar sus competencias, no tanto para tratar, sino para prevenir. En esta línea, la pandemia nos ha aportado la posibilidad de comprobar que intervenciones como el atender telemáticamente sirven para prevenir que algunos ciudadanos pasen a ser atendidos presencialmente por la red de salud mental y automáticamente ser considerados como enfermos psiquiátricos”.

En el lado positivo quiso apreciar que “si seguimos con la prevención iniciada en la pandemia necesitaremos menos recursos de tratamiento y ante el déficit actual que tenemos podríamos llegar a más pacientes de salud mental” ■

El libro blanco “Presente y Futuro de la Salud Mental en España” está disponible de acceso libre a través de este QR:





ac



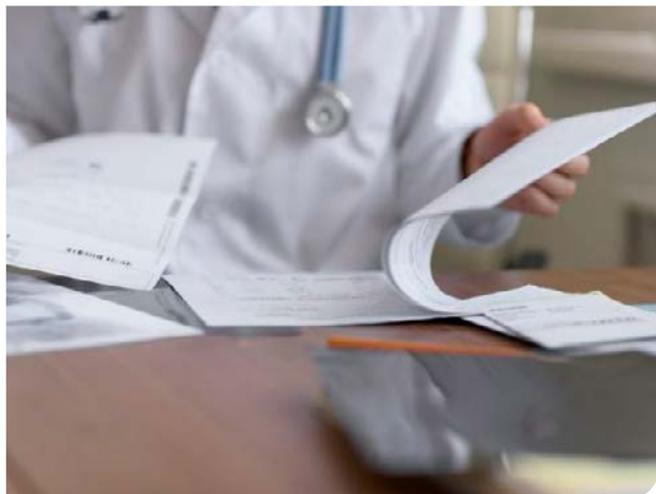
La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

24 de enero



El Foro de Médicos de AP denuncia la saturación a causa de la burocratización. Las entidades y sociedades que forman parte del Foro de Médicos de AP denunciaban la saturación de los centros de salud a causa de la burocratización de la sexta ola. Especialmente, debido a la tramitación de la Incapacidad Temporal de pacientes con infección por COVID-19. En su mayoría, por casos leves o asintomáticos que se han realizado un autotest y no precisan asistencia directa. La necesidad de contactar y acudir al centro de salud bloqueaba la capacidad de asistencia sanitaria a los pacientes con COVID-19 moderada o grave ■

25 de enero

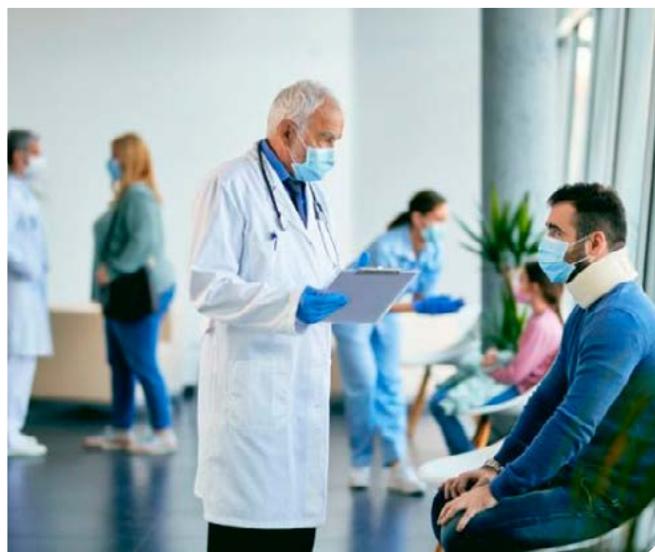
SEMERGEN pide una Estrategia global para AP en el SNS. El Plan estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 no termina de convencer a los profesionales sanitarios. Especialmente, por su falta de concreción económica, por la ausencia de



Pediatría y porque temen que, como otros documentos, quede en “papel mojado”. En este sentido, SEMERGEN daba un paso más y proponía no otro Plan, sino la creación de una Estrategia global para la Atención Primaria en el SNS ■

26 de enero

CESM-CLM denuncia que algunos médicos atienden casi cien pacientes diarios. El Sindicato Médico de Castilla la Mancha CESM-CLM aportaba cifras a la problemática de la actual sobrecarga de la Atención Primaria. Un reto que sufren tanto los usuarios del sistema en su día a día como los facultativos, que ven con impotencia cómo se deteriora la asistencia. De esta forma, CESM-CLM denunciaba que algunos médicos llegaban a atender a casi cien pacientes diarios. Una situación que tiene como origen la sobrecarga de pacientes con COVID leve, pero también las bajas de los compañeros contagiados. Todo ello, sumado a las vacaciones y los permisos, hace que se sufra de una falta de personal. Esto se traduce en que el resto de facultativos ha de asumir las agendas de los compañeros ausentes, más las urgencias que llevan a última hora. Por ello, el sindicato insiste en que no es de recibo que haya consultas absolutamente masificadas. El problema, aclaran, no solo es a causa del COVID, también por los déficits de recursos humanos y presupuestarios que arrastra desde hace décadas la AP. Explican que existe un abismo entre número inicial de pacientes de la agenda, unos 35 o 40, y el transcurso de la jornada. Durante la misma, se llega a duplicar o triplicar el número de pacientes. Así, se llegan a atender finalmente más de 75, 80 e incluso superar la cifra de cien pacientes diarios en algunos Centro de Salud. Estas son agendas diarias inasumibles e imposibilitan que se ofrezca una atención al paciente de calidad y seguridad. La propuesta de CESM-CLM es limitar las agendas a un máximo de 40 pacientes diarios ■



27 de enero



Déficit de 3.800 docentes en los 44 grados de Medicina. Según datos del Ministerio de Universidades, existe un preocupante déficit de profesores en las facultades de Medicina. En concreto, se estima que para tener una ratio de estudiantes-profesor similar al de la rama de Ciencias, existe un déficit de 3.800 profesores para la docencia en los 44 grados de Medicina que se imparten a nivel nacional. De esta forma, sería necesario que se incorporaran 410 docentes cada curso. La realidad es que el número de docentes que se acredita no llega al centenar. El Foro de la Profesión Médica emitió un comunicado al respecto en el que informaba de que respalda las propuestas de la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina (CNDFM) para paliar esta situación ■

28 de enero

28.714 aspirantes a 10.634 plazas de Formación Sanitaria Especializada. El 29 de enero, un total de 28.714 aspirantes admitidos se presentaban al examen MIR en 28 localidades. Optaban a las 10.634 plazas ofertadas de Formación Sanitaria Especializada en Medicina, Farmacia, Enfermería. También de las titulaciones del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.



Sanidad insiste en que se trata de la mayor oferta de plazas aprobada. En concreto, con un incremento de un 3,8 por ciento en el número de plazas con respecto al año pasado. En la titulación de Medicina, la oferta para los aspirantes era de 8.188 plazas. Es decir, con un incremento de un 2,5 por ciento. Cabe recordar que 573 plazas se reservan a personas con discapacidad. La especialidad con mayor oferta era Medicina Familiar y Comunitaria con 2.336 plazas. A ellas aspiraban 13.060 médicos, un 52 por ciento de los aspirantes de Universidades españolas finalizaron sus estudios en 2021 ■

1 de febrero

La FADSP pide aumento de 1.000 euros por habitante para el Sistema Sanitario Público. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) recordaba algunas de las prioridades pendientes de la Sanidad Pública. Entre ellas, salvar la Atención Primaria; introducir cambios organizativos y funcionales en el Sistema Nacional de Salud; reformar y mejorar los hospitales públicos y luchar contra la privatización. Para ello, calcula que es necesario un aumento de 1.000 euros por habitante para el Sistema Sanitario Público. Este aumento de presupuesto sería necesario para recuperar la actividad del Sistema Sanitario Público tras su desgaste por la pandemia. Dicho aumento estaría integrado, además, en un Nuevo Modelo de financiación autonómica, que garantice la suficiencia y la equidad ■



2 de febrero

Avances en el proyecto de jubilación anticipada para médicos. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) mantenía una nueva reunión con el objetivo de avanzar en el proyecto de jubilación anticipada para médicos. En concreto, se encontraba con la presidenta de la Comisión de Seguimiento y Evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo del Congreso de los Diputados, Magdalena Valerio. La Confederación ya había solicitado recientemente



FUE NOTICIA

La actualidad del sector



te esta cita para abordar la necesidad de articular una jubilación anticipada voluntaria para los médicos. Tras hora y media de reunión, los representantes sindicales se mostraban satisfechos tanto por el clima de entendimiento de la misma. Igualmente, como por el conocimiento del tema y compromiso que demostró la presidenta de la Comisión. El presidente de CESM, Tomás Toranzo, el secretario general, Gabriel del Pozo, y el asesor de Salud Laboral, Pelayo Pedrero. Exponían a Valerio la necesidad de articular un procedimiento que permita un retiro a los profesionales sin sufrir merma económica. Este debería empezar por aquellos que realizan su trabajo en puestos con nocturnidad. Además, hicieron hincapié en que para abordar este tema es necesario contar con la opinión de los representantes de los médicos ■

3 de febrero

“Los médicos rurales en España estamos totalmente desasistidos”. “A los médicos la vocación se nos presupone, pero de eso no se vive”. Así de contundente se mostraba el doctor José Manuel Cucalón al tratar de explicar la “penosa” situación en la que se encuentran los médicos rurales en nuestro país. Visiblemente molesto, este médico de familia -que ejerce en un pueblo de Zaragoza- señalaba que los facultativos rurales están desasistidos y ha reivindicado la necesidad de una reforma intensiva, una reorganización estructural y una planificación del sistema para evitar su



desaparición, así como el colapso de la Atención Primaria. Cucalón es vocal de Atención Primaria rural del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza y ha sido la persona encargada de presentar los resultados del primer estudio realizado sobre médicos rurales en nuestro país. El trabajo, desarrollado desde la Organización Médica Colegial (OMC), pone de manifiesto el perfil de los médicos rurales, así como las deficiencias con las que se encuentran a diario en el desarrollo de su labor profesional. Hombre, entre los 50 y los 60 años, fuertemente sindicado, con necesidad de desplazarse una media de 50 kilómetros a diario para ejercer su labor, sin formación médica continuada, con un salario y unas condiciones laborales precarias, con dificultades a la hora de tener una buena digitalización en su lugar de trabajo, con el hospital de referencia a unos 30 kilómetros, sin acreditación de su centro para la docencia y, a pesar de todo, satisfecho en su lugar de trabajo. Esa es la radiografía de los entre 11.000 y 15.000 médicos rurales que hay en nuestro país ■

SemFYC pide asentar las bases para cambiar la gestión de la COVID.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) proponía sentar las bases que permitan determinar el momento y la forma de un cambio de estrategia nacional en la gestión de la COVID-19. Este cambio de modelo ha de ser progresivo en función de la evolución epidemiológica del virus y los indicadores sanitarios, sociales y económicos. En concreto, semFYC ha elaborado un documento que propone asentar las bases del necesario debate hacia un cambio en la gestión de la atención a la pandemia de coronavirus. Este pasaría a ser de un modelo de atención a la crisis a un modelo de control de la pandemia con otro modelo de abordaje. Esta reflexión surge tanto del análisis de la evidencia alrededor de la clínica, como del estado vacunal de la población, así como del análisis de la realidad epidemiológica a la que se enfrentan a diario los profesionales sanitarios, concretamente aquellos que desarrollan su ejercicio asistencial en Atención Primaria ■

Pérdida de profesionales. Desde la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) criticaban que la Sanidad tenga una nueva pérdida de profesionales en plena sexta ola de pandemia. Consideran que esta es una grave irresponsabilidad por parte de las diferentes administraciones, teniendo en cuenta la situación límite en la que se encuentra la Atención Primaria y la presión asistencial en los hospitales. Según los datos de la Seguridad Social, los servicios de salud de las comunidades autónomas están afrontando la sexta ola de la COVID con un déficit de más de 30.000 profesionales. En concreto, los datos de afiliación de la Seguridad Social en el sector de Actividades Sanitarias y Servicios Sociales durante los últimos meses son: septiembre 2021 (-13.311); octubre 2021 (-36.252); noviembre 2021 (-8.973); diciembre 2021 (+29.182). 2022 comienza de nuevo una pérdida de 1.674 profesionales en el mes de enero ■

4 de febrero

Casi un 15 por ciento de los sanitarios sufrió un trastorno mental discapacitante. La mitad de los profesionales sanitarios presenta un cribado positivo de un trastorno mental, mientras que casi un 15 por ciento sufría un trastorno mental discapacitante durante la primera ola. Son algunos de los datos que ha dejado el 'Estudio MINDCOVID', financiado por el Fondo COVID del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y coordinado desde el Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Biomédicas (IMIM). En total, y a lo largo de estos dos años, el proyecto ha analizado datos de unos 9.000 profesionales sanitarios. También de más de 2.500 pacientes con COVID-19 y sus contactos, y 3.500 personas como muestra de la población general. Comprobaron que, en el personal sanitario, un 28,1 por ciento de los participantes presentaban un nivel de síntomas de depresión compatibles con un episodio de depresión mayor. En menor medida vieron otros tres trastornos: el trastorno de ansiedad generalizada (22,5 por ciento); ataques de pánico (24 por ciento) y trastorno de estrés postraumático (22 por ciento). En menor medida (6,2 por ciento), abuso de sustancias ■



dicos de Tenerife. El objetivo de esta Comisión es colaborar en la elaboración de planes de organización, de recursos humanos, creación de estructuras técnicas. También en la creación de sinergias para el desarrollo de la Medicina Personalizada. Todo ello, de la mano de los distintos gestores de la sanidad pública y privada ■

17 de febrero

El CGCOM expide 4.130 certificados de idoneidad profesional.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha expedido un total de 4.130 certificados de idoneidad profesional, a 2.504 facultativos (2.423 de ellos, colegiados). Se trata del valor histórico más alto. Estos certificados de idoneidad profesional permiten a sus solicitantes trabajar en el extranjero. Se trata de datos muy similares a los de 2019, que se expidieron 4.100, y considerablemente superiores a los de 2020, cuando debido a la pandemia, hubo menos solicitudes (3.559) ■



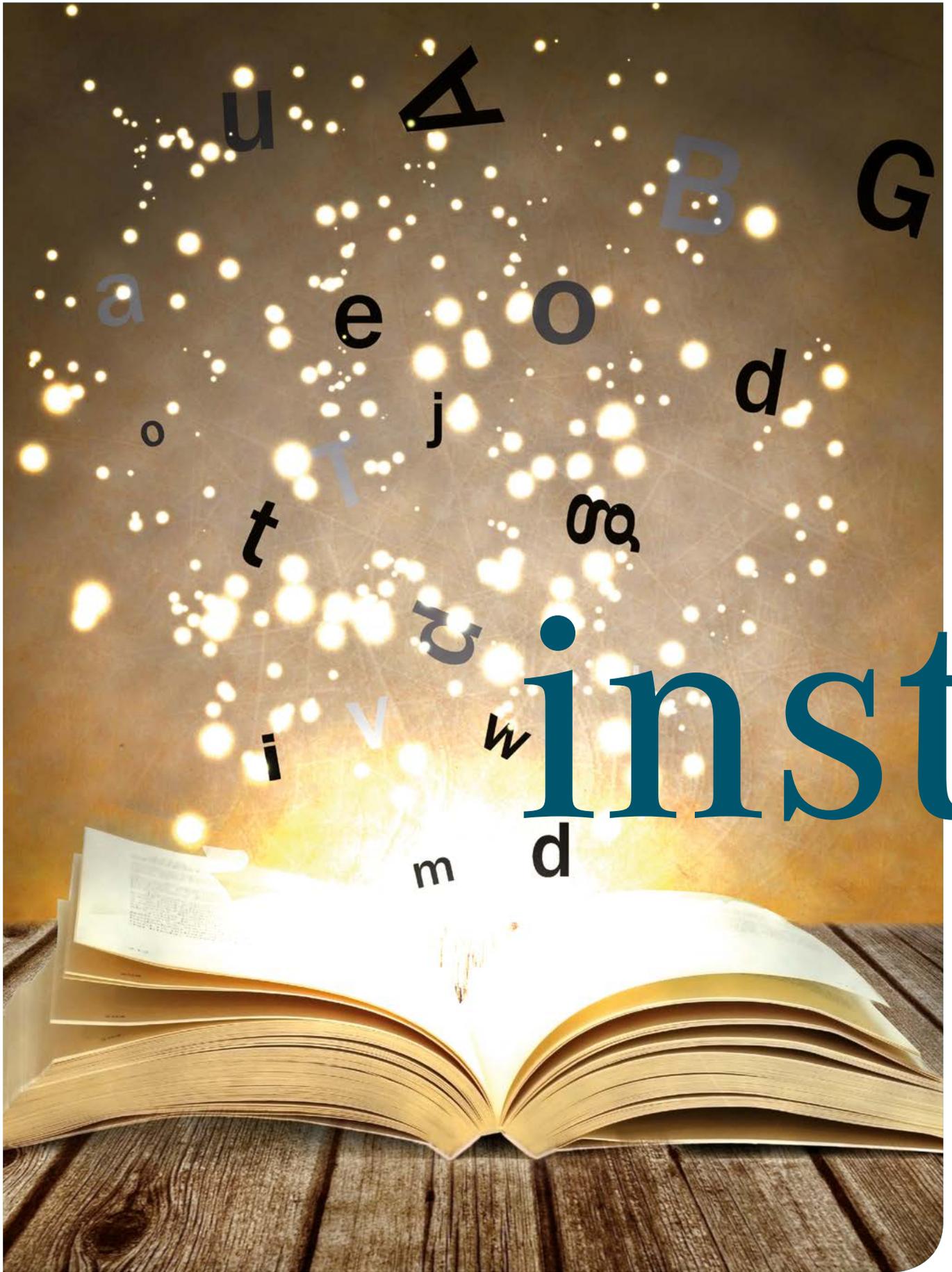
NOTA: Cronología del 21 de enero al 20 de febrero de 2022. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.elmedicointeractivo.com>

7 de febrero

Fin de obligatoriedad de la mascarilla en exteriores. El pleno extraordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobaba el fin de la obligatoriedad del uso de las mascarillas en exteriores. Pese a ello, recomendaba su uso en exteriores cuando se produzcan aglomeraciones y cuando no se pueda respetar la distancia de seguridad ■

10 de febrero

Nueva Comisión para el desarrollo de la Medicina Personalizada de Precisión. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) aprobaba la creación de una Comisión para el desarrollo de la Medicina Personalizada de Precisión. Estará coordinada por Rodrigo Martín, presidente del Colegio de Mé-



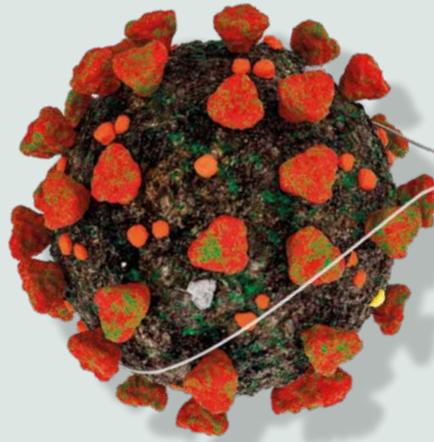
inst

La
antánea
médica



Ómicron causa el 90 por ciento de las infecciones por COVID-19

Un estudio confirma la propagación inusualmente rápida y el aumento de la incidencia causado por la variante ómicron. Concretamente, solo necesitó tres semanas para causar el 90 por ciento de las infecciones por COVID-19, según el estudio realizado por el Houston Methodist Hospital en Texas (EE. UU.) y publicado en *The American Journal of Pathology*. En el mismo se han comparado los datos de pacientes afectados por esta variante con pacientes infectados con las variantes alfa o delta. Por su parte, la variante delta tardó unos tres meses en alcanzar el mismo hito después de la detección inicial. Causando el 98 por ciento de todos los nuevos casos de COVID-19 a principios de 2022, ómicron había infectado a 4.468 de los pacientes de Houston Methodist para el 5 de enero. Este es el primer estudio de EE. UU. revisado por pares que investiga pacientes con ómicron. La investigación re-



Omicron
(B.1.1.529 variant)

vela que los pacientes con ómicron son significativamente más jóvenes, tienen mayores tasas de avance de la vacuna, tienen menores probabilidades de ser hospitalizados y tienen estadías hospitalarias más cortas que pacientes con COVID-19 causado por las variantes alfa o delta ■

La leucemia en niños podría prevenirse

Según los primeros resultados de una investigación internacional publicada en la revista *Cancer Research*, la prevención de la leucemia infantil está cerca.

En el paper, los investigadores proporcionan la primera evidencia, in vivo, de que el tratamiento temporal con el fármaco ruxolitinib previene que ratones con predisposición a desarrollar leucemia aguda de células B desarrollen dicha enfermedad. El coordinador es el investigador del CSIC, Isidro Sánchez-García, junto a los equipos de la doctora Kim Nichols, del St. Jude Children's Research Hospital de Memphis (EE. UU.), y el doctor Andreas Weiss, del Novartis Institutes for BioMedical Research en Basilea (Suiza). Entre los tipos principales de leucemia, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) representa el cáncer infantil más frecuente en niños y la principal causa de muer-



te por cáncer pediátrico. Cada año son diagnosticados en España 350 nuevos casos, dos de cada 10 niños nunca lo superan, y el 80 por ciento que sí lo consigue, sufre efectos secundarios de por vida. Por tanto, los primeros resultados del estudio son esperanzadores, porque, a pesar de que en la actualidad todavía no existe un método para identificar a los niños con mayor riesgo, conociendo cómo se activa la enfermedad se puede prevenir su desarrollo ■

Tres pacientes parapléjicos logran volver a andar por un implante que activa los músculos

Un estudio suizo ha logrado que tres pacientes con lesiones de la médula espinal logren ponerse de pie, caminar e, incluso, nadar o montar en bicicleta, a través de unos implantes que estimulan la región de la médula espinal y activa los músculos del tronco y las piernas. La investigación, publicada en la revista *Nature Medicine*, comenzó en 2018 por el investigador Gregoire Courtine, de la Escuela Politécnica Federal de Lausana (Suiza), y Jocelyne Bloch, del Centro Hospitalario Universitario de Vaud (Suiza). A través de ella, permitieron a David Mzee, paciente con una lesión parcial de la médula espinal, comenzar a caminar con la ayuda de un andador al utilizar la estimulación eléctrica para reactivar las neuronas espinales. Actualmente, ambos investigadores han logrado perfeccionar su sistema con implantes controlados por software de inteligencia artificial, lo que ha permitido que tres pacientes con lesión medular completa vuelvan a caminar tras seguir un régimen de entrenamiento basado en los programas de estimulación. Así, han podido recuperar masa muscular, moverse de manera más independiente y participar en actividades sociales. ■



La ovariectomía bilateral podría aumentar el riesgo de demencia

La extirpación de los ovarios u ovariectomía, que suele realizarse para eliminar la amenaza del cáncer de ovario, provoca una **menopausia prematura y una alteración hormonal** que puede provocar enfermedades cardíacas, osteoporosis, depresión y otros problemas. Según una nueva investigación realizada por la Sociedad Norteamericana de Menopausia (NAMS), publicada en la revista *Menopause*, esta intervención también aumenta el riesgo de demencia de una mujer. Las mujeres se ven afectadas de manera desproporcionada por la demencia, con un riesgo 55 por ciento mayor a partir de los 65 años, en comparación con los hombres. Esta diferencia de sexo no se explica completamente por el hecho de que las mujeres, en promedio, viven más que los hombres. El estrógeno ha sido consistentemente identificado como un mecanismo potencial subyacente a las tasas más altas de demencia en las mujeres. Sobre la base de sus resultados, los investigadores concluyeron que la ovariectomía bilateral, pero no unilateral, se asoció con un mayor riesgo de demencia. Sin embargo, no pudieron demostrar si esta asociación estaba condicionada a la histerectomía o al uso de terapia hormonal. ■





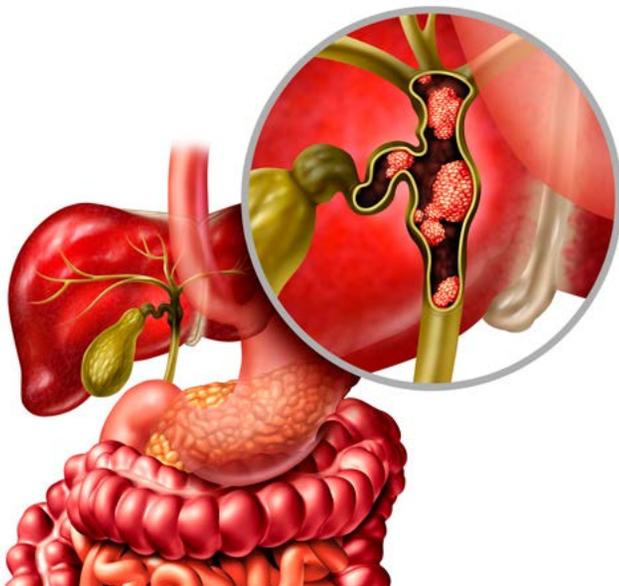
Investigadores analizan la relación entre soledad y esquizofrenia a través de bases genéticas

La relación entre soledad y esquizofrenia tiene una base científica, tal y como ha analizado el equipo de Celso Arango, jefe de grupo del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM) en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se trata de la primera vez que se examina este vínculo a través de estudios genéticos. Sus resultados, publicados en la revista *Nature Communications*, sugieren que existe un riesgo genético compartido entre soledad y esquizofrenia y que este puede tener un papel más importante en mujeres que en hombres. En su conjunto, según indica Arango, “estos hallazgos abren la posibilidad de desarrollar intervenciones frente a la soledad y el aislamiento”. Estos podrían ser claves para la prevención y mejora de la evolución clínica de trastornos de espectro de la esquizofrenia. Especialmente, después de las condiciones de aislamiento social a la que nos hemos visto obligados por la pandemia y el confinamiento



to. Para ello, se ha estudiado tanto el aislamiento social objetivo –falta de relaciones sociales– como el aislamiento percibido –la soledad, un sentimiento subjetivo de angustia asociado a la falta de relaciones significativas, independientemente de la cantidad de contacto social–. El estudio está dirigido por Javier González Peñas, en colaboración con Álvaro Andreu Bernabéu ■

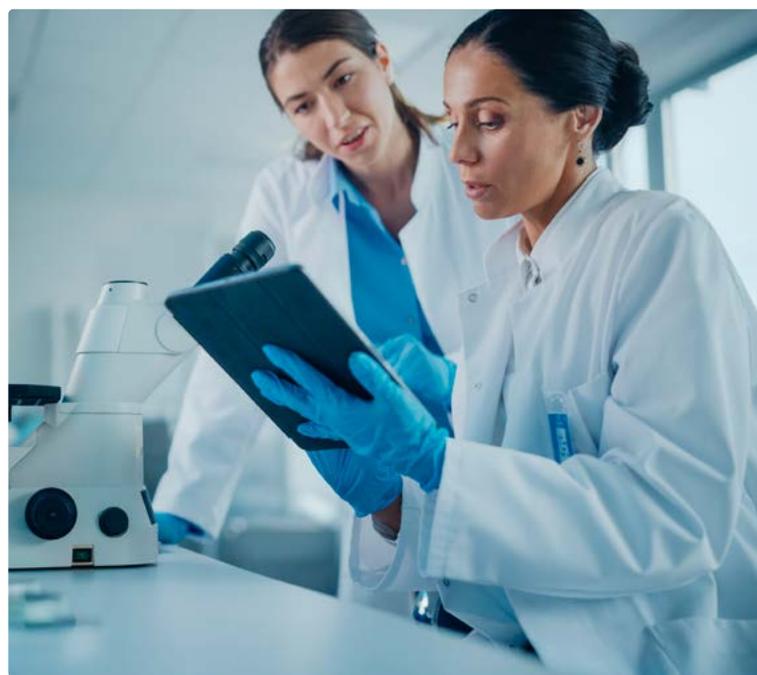
Un nuevo mapa del colangiocarcinoma en Europa que ayudará a mejorar su pronóstico



El cáncer de las vías biliares, también conocido como colangiocarcinoma (CCA) es una neoplasia rara y agresiva que se detecta frecuentemente en una etapa avanzada de la enfermedad. Para mejorar la detección precoz y su diagnóstico se ha configurado un mapa del colangiocarcinoma a partir del estudio de más de 2.200 pacientes diagnosticados entre 2010 y 2019. Se trata del estudio multicéntrico internacional más grande y completo hasta el momento y ha sido coordinado por investigadores del CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Además, se publicó el pasado 12 de febrero en el *Journal of Hepatology* con motivo del Día Mundial de esta enfermedad. Para configurar este mapa del colangiocarcinoma, los investigadores evaluaron el curso natural del colangiocarcinoma en 2.200 pacientes de 26 hospitales en 11 países europeos. En el momento de su diagnóstico, el 42,2 por ciento tenía enfermedad local; el 29,4 por ciento localmente avanzada; y el 28,4 por ciento presentaba metástasis. En conclusión, este estudio proporciona un análisis exhaustivo de los aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos del complejo panorama del colangiocarcinoma. Además, pone de manifiesto la necesidad de campañas de concienciación y programas educativos dirigidos a prevenir los factores de riesgo relacionados con el CCA ■

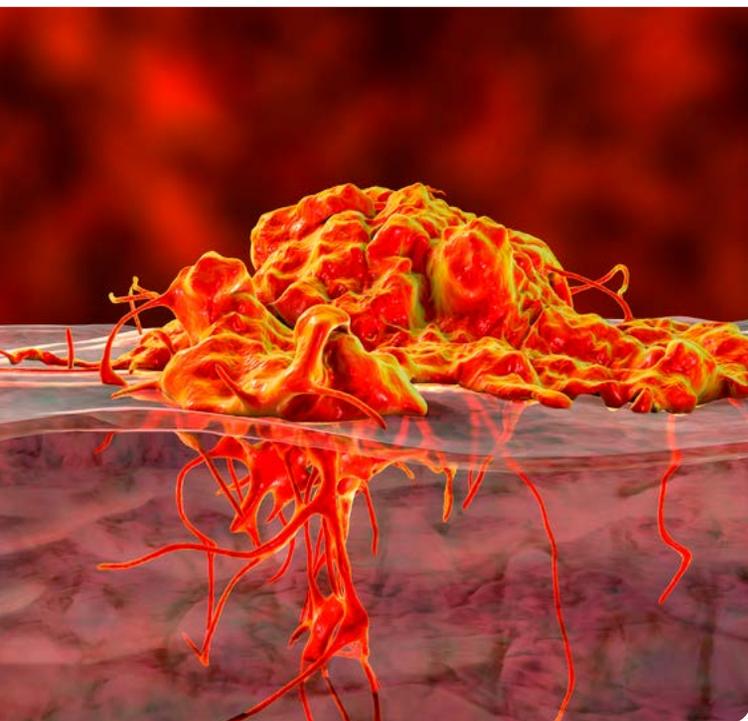
Publicado el primer análisis de la incidencia de las neoplasias mieloides en España

Según el estudio presentado, en 2021 podrían haberse diagnosticado casi 8.500 casos de estos cánceres hematológicos en España. Para su elaboración, han participado el Grupo de Investigación en Estadística, Econometría y Salud (GRECS) de la Universidad de Girona, la Unidad de Epidemiología y Registro de Cáncer de Girona; y el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras. En concreto, en este estudio, publicado en la revista *Scientific Reports*, se analizó la incidencia de las neoplasias mieloides durante 2002-2013 a partir de los datos de 13 registros de cáncer españoles. De esta forma, se incluyeron un total de 17.522 casos de este tipo de neoplasias. Los registros analizados, integrados en REDECAN, cubrirían aproximadamente un 26 por ciento de la población española. “Los proyectos colaborativos de registros de cáncer a gran escala otorgan la oportunidad de llevar a cabo este tipo de análisis”, explican Marta Solans y Rafael Marcos-Gragera, dos de los coordinadores del trabajo. El estudio también confirma la mayor prevalencia de las neoplasias mieloides en hombres (55,1 por ciento de los diagnósticos). Igualmente, el incremento de la incidencia por la edad, situándose la media de edad del diagnóstico de estos tipos de cáncer en los 73 años ■



Casi la mitad de las publicaciones científicas están firmadas por mujeres, pero solo un 20 por ciento lidera las mismas

La Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT), organismo dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación, ha publicado el estudio ‘La presencia de mujeres en la producción científica española’. En el mismo, por primera vez, se ofrecen datos que identifican la presencia de investigadoras en la producción científica española. En concreto, se ha analizado las publicaciones científicas entre 2014 y 2018 en revistas referentes en el ámbito internacional. El estudio revela que en el 48 por ciento de la producción científica española en Web of Science (WOS), fuente de este estudio, hay una mujer firmante de la publicación. Sin embargo, solo un 20 por ciento de las investigadoras lideran publicaciones científicas. Asimismo, el informe muestra que solo el 12 por ciento de la producción científica española en la que intervienen mujeres se encuentra entre la más citada del mundo. Es decir, apenas un punto porcentual de diferencia con la media española, del 13 por ciento. WOS es una de las principales bases de datos mundiales de referencias bibliográficas y citas de publicaciones periódicas. En total, se han analizado 304.165 documentos en el estudio identificando a 145.276 investigadoras e investigadores de instituciones científicas españolas ■





Neurología

Lupo nos habla de la AME

Autor: Jacopo Casiraghi

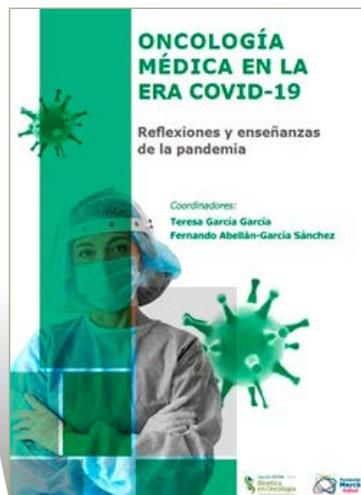
A través de doce cuentos para todos los públicos, se representan y narran los estados de ánimo, los retos y las metas de quienes conviven con la Atrofia Muscular Espinal (AME), una enfermedad neurodegenerativa con consecuencias devastadoras para quienes la padecen y para sus familias. El protagonista de las fábulas, Lupo, es un lobo que vive en el bosque con más animales, junto a los que vive aventuras que ponen en valor la importancia de enseñar a los más pequeños aspectos como la inclusión, la resiliencia y afrontar distintos obstáculos.



Este conjunto de cuentos ha sido escrito por el psicólogo italiano Jacopo Casiraghi y se completa con las ilustraciones de Samuele Gaudio. El libro de Lupo puede ser descargado también en pdf en la web de concienciación que Biogen ha creado sobre la patología www.unidosporlaame.es ■

Oncología

Oncología Médica en la era COVID-19. Reflexiones y enseñanzas de la pandemia



Coordinadores:
Teresa García García
y Fernando Abellán-García Sánchez

Esta publicación de la Fundación Merck Salud recoge casos reales que, tratados desde el rigor profesional y con una visión clínica, ética y jurídica, ofrece una conclusión final con el objetivo de poder hacer accesible el aprendizaje y conocimiento que se ha vivido duran-

te la pandemia al mayor número de personas y servir de guía en situaciones que puedan ser similares.

Los coordinadores de este proyecto son la Dra. Teresa García García y el Dr. Fernando Abellán-García Sánchez, que han contado con la experiencia y visión de la Dra. Angels Arcusa Lanza, Dra. Sara Cerezo González, Dra. Sara Marín Liébana, Dra. Paula Jiménez Fonseca y Dra. Nuria Piera Molons, oncólogas que han analizado cada uno de los casos prácticos.

La obra, avalada por la sección de bioética de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), y prologada por su presidente hasta octubre del 2021, el Dr. Rodríguez Lescure, se estructura en seis partes diferenciadas en las que se aborda, a través de casos prácticos aquellas cuestiones que se han planteado durante la pandemia y que han sido controvertidas ■

Nutrición

Regálate Salud

Autores: Esteban Jódar, Elena Pérez Montero y la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk



Una alimentación saludable y equilibrada es fundamental para la salud. Y son muchos los estudios que corroboran los numerosos beneficios que aporta para la salud el seguir una dieta mediterránea. Así que, para promoverla y enseñar a planificar comidas se ha elaborado este libro gratuito, disponible en la página web de la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk.

El resultado es un libro muy visual, fácilmente comprensible y que incluye en cada receta una tabla con el valor nutricional que aporta. Está estructurado en cinco partes, de manera que en él se pueden encontrar recetas para “desayunos y meriendas”, “aperitivos”, “cremas”, “platos principales” y tres opciones de “menú diario” ■



SPIRAXIN

Rifaximina-α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS FARMACOLÓGICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes con riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración: Posología:** 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. **Anzianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado S.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifaximina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la clopidogrela. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Shigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifaximina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "exento de sodio". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay evidencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifaximina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibe las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiépilepticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de clopidogrela (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la Cmax y el AUC0-∞ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro* y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MDR2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección S.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactados. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. 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. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes ($\geq 1/10$); Frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); Poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$); Raras ($\geq 1/10000$ a $< 1/1000$); Muy raras ($< 1/10000$); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipostesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, trastornos de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematococia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritema, prurito, púrpura, urticaria. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, migraña, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquiuria, proteinuria, sangría en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilamilo sodio (tipo A) (de patento), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-464), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasisigma, S.p.A., Via Ragazzi del '99, n. 5 - 40133 Bologna, 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:** Diciembre 2020.



ATERINA

SULODEXIDA

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 blanda 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:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **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). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **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. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **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). A continuación se listan 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 $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10000$ a $< 1/1000$); muy raras ($< 1/10000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de conciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas, vómitos. **Poco frecuentes:** Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, púrpura. **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 <https://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:* Laurilcarosinato 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:** Alfasisigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. PVP/iva: 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

1. Carroll BJ, et al. *Sulodexide in venous disease*. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38.

barbitúricos (fenobarbital), hidantoínas (fenitoína), carbamazepina, meprobamato, bosentan y antifélicosos (p. ej. rifampicina, rifabutin, nevirapina, efavirenz). Se deberá tener precaución si la mujer está tomando inhibidores de la proteasa (p.ej. ritonavir y nelfinavir), con sus inhibidores potentes de las enzimas del citocromo P450 pero, por el contrario, muestran propiedades inductoras cuando se utilizan de forma concomitante con hormonas esteroideas. Preparaciones a base de plantas medicinales que contengan hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) también pueden inducir el metabolismo de los estrógenos y gestágenos. Clínicamente, un aumento en el metabolismo de los estrógenos y gestágenos puede traducirse en una reducción de sus efectos y en cambios en el patrón de los sangrados uterinos. La administración transdérmica de THS evita el efecto de primer paso hepático, y por lo tanto, la aplicación transdérmica de estrógenos puede estar menos afectada por los medicamentos inductores enzimáticos que la administración oral de hormonas. Los anticonceptivos orales que contienen estrógenos han mostrado una disminución significativa en las concentraciones plasmáticas de lamotrigina cuando se coadministran debido a la inducción de la glucuronidación de lamotrigina. Esto podría reducir el control de las convulsiones. Aunque no se ha estudiado la interacción potencial entre la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y lamotrigina, se espera que exista una interacción similar, que podría llevar a una reducción del control de las convulsiones entre mujeres que toman ambos medicamentos juntos. Por lo tanto, puede ser necesario un ajuste de la dosis de lamotrigina. **4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo. EVOPAD no debe utilizarse durante el embarazo. Si se produce el embarazo durante el tratamiento con EVOPAD, éste debe interrumpirse inmediatamente. Los resultados de la mayoría de los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha en los que se refería una exposición fetal inadvertida a estrógenos no mostraron efectos teratogénicos o fetotóxicos. Lactancia. EVOPAD no está indicado durante la lactancia.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. No se han llevado a cabo estudios que valoren los efectos de EVOPAD sobre la capacidad para conducir o utilizar máquinas. **4.8. Reacciones adversas.** La seguridad de EVOPAD fue evaluada en 2.584 pacientes que participaron en 15 ensayos clínicos y que recibieron al menos una administración de EVOPAD. En 8 de los 15 ensayos clínicos, se les preguntó así mismo a los pacientes sobre los signos y síntomas en el lugar de aplicación (N=1.739 pacientes). Basándose en los datos de seguridad de estos ensayos clínicos, las reacciones adversas a medicamentos (RAMs) notificadas con mayor frecuencia (incidencia $\geq 5\%$) fueron (con % de frecuencia): exantema en el lugar de aplicación (20,8%), prurito en el lugar de aplicación (19,8%), eritema en el lugar de aplicación (8,5%), dolor de cabeza (7,8%) y dolor en el pecho (6,6%). Incluyendo las RAMs mencionadas con anterioridad, la siguiente tabla recoge las RAMs que han sido notificadas durante la utilización de EVOPAD en cualquier ensayo clínico o en la experiencia post comercialización. Las categorías de frecuencia se agrupan utilizando el siguiente criterio: Muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1000$), muy raras ($< 1/10.000$), y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Clase de Órgano o Sistema	Reacciones Adversas al Medicamento. Categoría de Frecuencia.				
	Muy frecuente ($\geq 1/10$)	Frecuente ($\geq 1/100$ a $< 1/10$)	Poco frecuente ($\geq 1/1000$ a $< 1/100$)	Rara ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1000$)	No conocida
Infecciones e infestaciones		Molinitis genital	Candidiasis genital		
Neoplasias benignas, malignas y no especificadas (incl. quistes y pólipos)				Cáncer de mama	Cáncer endometrial
Trastornos del sistema inmunológico			Hipersensibilidad		
Trastornos del metabolismo y de la nutrición		Aumento de peso o Disminución de peso			
Trastornos psiquiátricos			Depresión	Ansiedad, Disminución de libido, Aumento de libido	
Trastornos del sistema nervioso		Cefalea Nerviosismo, Cambios de humor, Insomnio	Vértigo, Mareo	Parestesia, Epilepsia Migratoria	Accidente cerebrovascular
Trastornos oculares			Alteración visual	Intolerancia a las lentes de contacto	
Trastornos cardíacos			Palpitaciones		Infarto de miocardio
Trastornos vasculares			Aumento de la presión arterial	Trombosis	Trombosis venosa profunda
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos					Embolismo pulmonar
Trastornos gastrointestinales		Dolor abdominal, Diarrea, Náuseas	Flatulencia, Dispepsia	Distensión abdominal, Vómitos, Meteorismo	
Trastornos hepato biliares				Litiasis biliar	
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo		Prurito, Exantema, Sequedad de piel	Decoloración de la piel, Urticaria, Eritema nodoso	Hirsutismo, Acné	Angioedema
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo		Artralgia, Dolor de espalda	Mialgia	Miastenia, Calambres musculares	
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Alteraciones menstruales	Metrorragia, Menorragia, Sangrados vaginales irregulares, Espasmos uterinos, Vaginitis, Hiperplasia endometrial, Sangrados vaginales/uterinos incl. manchados	Aumento del tamaño de los pechos, Dismenorrea, Mastodinia, Dolor con la palpación de la mama	Leioma uterino, Quistes paratubulares, Pólipos endocervicales, Dismenorrea, Leucorrea, Síndrome pre-menstrual, Aumento de tamaño de las mamas	
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Prurito en el lugar de aplicación*, Exantema en el lugar de aplicación*	Dolor, Eritema en el lugar de aplicación*, Edema en el lugar de aplicación*, Reacción en el lugar de aplicación, Astenia, variaciones de peso	Edema, Edema generalizado, Edema periférico	Fatiga	
Exploraciones complementarias		Aumento de peso			
Anomalías de laboratorio			Aumento de las transaminasas		

*Signos/síntomas solicitados (recogidos como sí/no) en 8 ensayos clínicos con EVOPAD. Se ha utilizado el término MedDRA más apropiado para describir cada reacción y los sinónimos y condiciones asociadas.

Riesgo de cáncer de mama: Se ha notificado un aumento del riesgo de tener un diagnóstico de cáncer de mama de hasta 2 veces en mujeres que toman tratamiento combinado estrógeno progestágeno durante más de 5 años. -El aumento del riesgo en mujeres que reciben tratamiento con sólo estrógenos es menor que el observado en mujeres que reciben estrógenos- progestágenos combinados. -El nivel del riesgo depende de la duración de uso (ver sección 4.4). -Se presentan las estimaciones de los cálculos del riesgo absoluto basados en resultados del mayor ensayo aleatorizado y controlado con placebo (estudio WHI) y el mayor metaanálisis de estudios prospectivos epidemiológicos.

El mayor metaanálisis de estudios epidemiológicos prospectivos –Riesgo adicional estimado de cáncer de mama tras 5 años de uso en mujeres con un IMC de 27 (kg/m²).

Edad al comienzo de la THS (años)	Incidencia por cada 1.000 mujeres que no hayan usado nunca THS durante un período de 5 años (50-54 años)*	Riesgo Relativo	Casos adicionales por cada 1.000 mujeres que toman THS después de 5 años
		THS con estrógenos sólo	
50	13,3	1,2	2,7
		Estrógenos-progestágenos combinados	
50	13,3	1,6	8,0

*Tomado de las tasas de incidencia iniciales en Inglaterra en 2015 en mujeres con IMC 27 (kg/m²). Nota: Puesto que la incidencia de referencia de cáncer de mama difiere según el país de la UE, el número de casos adicionales de cáncer de mama también cambiará proporcionalmente.

Riesgo adicional calculado de cáncer de mama tras 10 años de uso en mujeres con IMC 27 (kg/m²).

Edad al comienzo de la THS (años)	Incidencia por cada 1.000 mujeres que nunca hayan usado THS en un período de 10 años (50-59 años)*	Riesgo Relativo	Casos adicionales por cada 1.000 mujeres que toman THS tras 10 años
		THS con estrógenos sólo	
50	26,6	1,3	7,1
		Estrógeno-progestágenos combinados	
50	26,6	1,8	20,8

* Tomado de las tasas de incidencia iniciales en Inglaterra en 2015 en mujeres con IMC 27 (kg/m²)
Nota: Puesto que la incidencia de referencia de cáncer de mama es diferente según el país de la UE, el número de casos adicionales de cáncer de mama también varía proporcionalmente.

Estudio WHI en EE.UU. –Riesgo adicional estimado de cáncer de mama después de 5 años de uso.

Rango de edad (años)	Incidencia por cada 1.000 mujeres en el brazo placebo más de 5 años	Proporción del Riesgo & IC del 95 %	Casos adicionales por cada 1.000 mujeres usuarias de THS durante más de 5 años (IC del 95%)
		Solamente estrógenos de equinos conjugados (ECE)	
50-79	21	0,8 (0,7-1,0)	-4 (-6-0) [§]
		ECE + MPA (estrógeno & progestágenos)	
50-79	17	1,2 (1,0-1,5)	+4 (0-9)

[§] Estudio WHI en mujeres que no tienen útero, que no mostraron un aumento del riesgo de cáncer de mama.

[§] Cuando se realizó el análisis estrictamente a mujeres que no habían utilizado THS antes del estudio no hubo un aumento aparente del riesgo durante los primeros 5 años de tratamiento: después de los 5 años el riesgo fue mayor que en las usuarias.

Riesgo de cáncer de endometrio: En mujeres postmenopáusicas con útero. El riesgo de cáncer de endometrio en mujeres con útero que no utilizan la THS es de 5 de cada 1.000 mujeres. En mujeres con útero, no se recomienda el uso de THS basada sólo en estrógeno debido a que aumenta el riesgo de cáncer de endometrio (ver sección 4.4). En mujeres con útero intacto, el riesgo de hiperplasia de endometrio y cáncer de endometrio aumenta con la duración del tratamiento con estrógenos solos. Dependiendo de la duración y de la dosis en los tratamientos basados sólo en estrógenos, el incremento del riesgo de cáncer de endometrio identificado en los estudios epidemiológicos varía entre 5 y 55 nuevos casos diagnosticados por cada 1.000 mujeres entre 50 y 65 años. Cuando se añade un progestágeno a la THS con estrógenos solos se reduce de manera muy importante este incremento del riesgo. La adición de un progestágeno a la terapia con estrógenos durante al menos 12 días por ciclo puede prevenir este incremento del riesgo. En el estudio Million Women el uso durante cinco años de terapia THS combinada (secuencial o continua) no aumentó el riesgo de cáncer de endometrio (RR de 1,0 (0,8-1,2)). **Riesgo de cáncer de ovario:** El uso de THS con estrógenos solos o con combinación de estrógenos-progestágenos se ha asociado a un riesgo ligeramente superior de aparición de cáncer de ovario (ver sección 4.4). Un meta-análisis de 52 estudios epidemiológicos indicó mayor riesgo de aparición de cáncer de ovario en mujeres a tratamiento con THS en comparación con mujeres que nunca habían sido tratadas con THS (RR 1,43, IC 95% 1,31-1,56). En mujeres de edades comprendidas entre 50 y 54 años en tratamiento con THS durante 5 años, se produjo 1 caso adicional por 2000 pacientes. En mujeres de 50 a 54 años no tratadas con THS, se observaron alrededor de 2 casos de cáncer de ovario por cada 2000 mujeres en un período de 5 años. **Riesgo de trombosis venosa:** La THS está asociada a un aumento de 1,3 a 3 veces el riesgo relativo de desarrollo de trombosis venosa profunda (TEV), por ejemplo, trombosis venosa profunda o embolia pulmonar. La frecuencia de cada acontecimiento es más probable durante el primer año de uso de THS (ver sección 4.4). Resultados de los estudios WHI se presentan a continuación:

Estudios WHI – Riesgo adicional de TEV a partir de 5 años de uso

Rango de edad (años)	Incidencia por cada 1.000 mujeres en el brazo de placebo más de 5 años	Proporción de Riesgo & IC del 95 %	Casos adicionales por cada 1.000 usuarias de THS
		Solamente estrógeno, oral**	
50-59	7	1,2 (0,6 – 2,4)	1 (-3 – 10)
		Estrógeno-progesterona, oral combinada	
50-59	4	2,3 (1,2 – 4,3)	5 (1 – 13)

** Estudio en mujeres sin útero

Riesgo de enfermedad coronaria arterial: El riesgo de enfermedad coronaria arterial está ligeramente aumentado en las mujeres que utilizan THS combinada estrógeno-progestágeno a partir de los 60 años (ver sección 4.4). **Riesgo de accidente cerebrovascular:** -El uso de estrógenos solos y de terapia estrógeno progestágeno está asociada a un aumento del riesgo relativo de accidente cerebrovascular de hasta 1,5 veces. El riesgo de accidente cerebrovascular con hemorragia no está aumentado durante el uso de THS. -Este riesgo relativo no depende de la edad o de la duración de uso, pero dado que el riesgo basal depende fuertemente de la edad, el riesgo general de accidente cerebrovascular en mujeres que utilizan THS aumentará con la edad, ver sección 4.4.

Estudios combinados WHI – Riesgo adicional de accidente cerebrovascular a partir de 5 años de uso.**

Rango de edad (años)	Incidencia por cada 1.000 mujeres en el brazo de placebo más de 5 años	Proporción de Riesgo & IC del 95%	Casos adicionales por cada 1.000 usuarias de THS
50-59	8	1,3 (1,1 – 1,6)	3 (1 – 5)

** No hubo diferencias entre el accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico.

Se han descrito otras reacciones adversas asociadas con el tratamiento de estrógeno solo o combinado estrógeno/progestágeno: -neoplasias estrógeno-dependientes benignas o malignas, p.ej. cáncer de endometrio, -tromboembolismo venoso, p.ej. trombosis venosa profunda en piernas o pelvis y embolismo pulmonar, exacerbación de venas varicosas, hipertensión (ver secciones 4.3 Contraindicaciones y 4.4 Advertencias y Precauciones Especiales de Empleo). -infarto de miocardio, -accidente vascular cerebral, -alteraciones del tejido subcutáneo y de la piel: cloasma, eritema multiforme, eritema nodoso, púrpura vascular, dermatitis de contacto, alteraciones de la pigmentación, prurito generalizado, exantema, urticaria y angioedema. -alteración de la vesícula biliar -Probable demencia a partir de 65 años (ver sección 4.4.). Si se presentan algunos de estos efectos el tratamiento con EVOPAD debe discontinuarse inmediatamente. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es/> **4.9. Sobre dosis.** Es poco probable que se produzca sobre dosis con este tipo de aplicación. Los síntomas de sobre dosis pueden consistir en sensibilidad o dolor de las mamas, hemorragia intercurrente. En algunas mujeres también pueden producirse náuseas, vómitos e interrupción del sangrado. No existe un antídoto específico y el tratamiento a administrar deberá ser sintomático. Se pueden revertir estos síntomas retirando el parche. Los estudios de toxicidad aguda no indican un riesgo de efectos adversos agudos en el caso de ingesta inadvertida de varias dosis terapéuticas diarias. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** EVOPAD 25 µg/24 h parches transdérmicos. -Adhesivo: copolímero de acrilato-vinilacetato: 59,20 mg. -Goma guala: 1,92 mg. -Lámina protectora: lámina de polietileno tereftalato: 21,12 mg. -Hoja despegable: polietileno tereftalato. -Silicónizado (se retira antes de la aplicación). EVOPAD 50 µg/24 h parches transdérmicos. Adhesivo: copolímero de acrilato-vinilacetato: 118,40 mg. -Goma guala: 3,84 mg. -Lámina protectora: lámina de polietileno tereftalato: 42,24 mg. Hoja despegable: polietileno tereftalato silicónizado (se retira antes de la aplicación). EVOPAD 75 µg/24 h parches transdérmicos. Adhesivo: copolímero de acrilato-vinilacetato: 117,60 mg. -Goma guala: 5,76 mg. -Lámina protectora: lámina de polietileno tereftalato: 63,36 mg. -Hoja despegable: polietileno tereftalato silicónizado (se retira antes de la aplicación). EVOPAD 100 µg/24 h parches transdérmicos. -Adhesivo: copolímero de acrilato-vinilacetato: 236,80 mg. -Goma guala: 7,68 mg. -Lámina protectora: lámina de polietileno tereftalato 84,88 mg. -Hoja despegable: polietileno tereftalato silicónizado (se retira antes de la aplicación). **6.2. Incompatibilidades.** No se deben aplicar cremas, lociones o polvos en la zona de la piel donde se aplica el parche para impedir la interferencia en las propiedades adhesivas de EVOPAD. **6.3. Período de validez.** EVOPAD tiene un período de validez de 2 años si se conserva a una temperatura no superior a 25°C. El producto puede usarse hasta la fecha de caducidad indicada en el envase. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 25°C. Mantener fuera del alcance y de la vista de los niños. Esto también es aplicable a los parches usados y desechados. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Cada envase tiene 8 parches en sobres recubiertos individuales. El sobre consta de un laminado de cuatro capas que incluye una barrera de aluminio antihumedad y una superficie externa de papel. **6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** Los parches deben ser doblados y tirados a la basura (no por el inodoro), y deben mantenerse fuera del alcance de los niños. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 Y664, Irlanda. **8. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Aportación reducida. Tratamiento de larga duración. Financiado por la Seguridad Social. **9. PRECIOS.** Evopad 25 µg/24 h parches transdérmicos – 8 parches, PVP máx. 6,09€. Evopad 50 µg/24 h parches transdérmicos – 8 parches, PVP máx. 6,92€. Evopad 75 µg/24 h parches transdérmicos – 8 parches, PVP máx. 7,37€. Evopad 100 µg/24 h parches transdérmicos – 8 parches, PVP máx. 7,65€. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 12/2020.



ON LINE La Medicina en la red

App “PainKey”

La compañía farmacéutica Grünenthal Pharma lanzó el reto “Voz en Dolor Crónico” en el marco del VI Hackathon de Salud organizado por COM Salud, la Asociación de Innovadores en eSalud (AIES) y la Universidad CEU-San Pablo. El equipo PainKey, compuesto por miembros del Consorcio Hospital General Universitario Valencia y la Universidad Politécnica de Valencia, proponen una aplicación móvil que ha resultado la ganadora de este reto por su originalidad y su aportación a la atención de estos pacientes.

La propuesta del equipo PainKey es una app para la evaluación del dolor que tiene el objetivo de detectar el dolor crónico en Urgencias antes del triaje. Para ello, incorpora análisis de datos y técnicas de inteligencia artificial e infiere el nivel de dolor a partir del timbre de voz del paciente. Además, añade a todas estas características la posibilidad de ser integrada en la historia clínica electrónica ■



Medicinadeprecision.es

Bayer cuenta con esta web, un espacio online dedicado a concienciar a la población general sobre los avances científicos en medicina de precisión. A través de materiales didácticos y visuales, la web pretende convertirse en un punto de referencia para que todas aquellas personas interesadas puedan conocer mejor lo que la medicina de precisión puede aportar a la mejora de la vida de las personas.



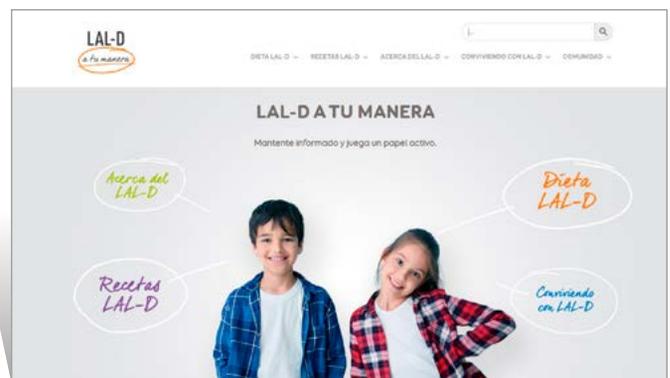
La web también cuenta con un apartado en formato blog que, además de reflexionar sobre las últimas novedades sobre la medicina de precisión, recoge testimonios de pacientes que se han beneficiado de este tipo de tratamientos. El primero de estos testimonios es el de Imanol, un joven de Bilbao al que se le diagnosticó un cáncer cuando era adolescente y que, gracias a un análisis genético, se le pudo tratar con una terapia que resultó eficaz para su patología ■

Laldyourway.com

Allexion Pharma cuenta con la primera página web dedicada a la deficiencia de lipasa ácida lisosomal (LAL-D). El nuevo portal multilingüe, ‘LALD a tu manera’ en castellano, pretende proporcionar a las personas que viven con LAL-D, sus familias, cuidadores y médicos, una herramienta completa de información sobre la enfermedad, incluyendo el diagnóstico.

La página se enfoca especialmente en la nutrición y en mantener una dieta baja en grasas, y ofrece un libro de cocina específico, así como consejos prácticos para vivir con LAL-D. Esta web ha sido creada juntamente con la asociación española de pacientes de LAL-D (AE LALD), un médico especialista en LAL-D y un nutricionista especialista en metabolismo.

La deficiencia de lipasa ácida lisosomal (LAL-D) es una enfermedad metabólica progresiva y ultra rara que está causada por mutaciones en un gen específico que es el responsable de la producción de una enzima que descompone y utiliza las grasas y el colesterol en el cuerpo. Esto da lugar a la acumulación continua e incontrolada de lípidos en órganos vitales como el hígado, los vasos sanguíneos y otros tejidos. Por lo tanto, mantener una dieta baja en grasas es fundamental para el control de LAL-D durante la infancia ■



Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40** años *contigo*
GRUPO

tu
éxito
es
nuestro
éxito

SOMOS información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com