

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1226. Abril 2022

Entrevistas

Sagrario de la Azuela

Gerente del Hospital Nacional de Parapléjicos

Jaume Pey

Director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud

Reportajes

7 de abril. Día Mundial de la Salud

Profesionales sanitarios españoles y ayuda a los refugiados ucranianos

Reorganización de RR. HH. en Sanidad



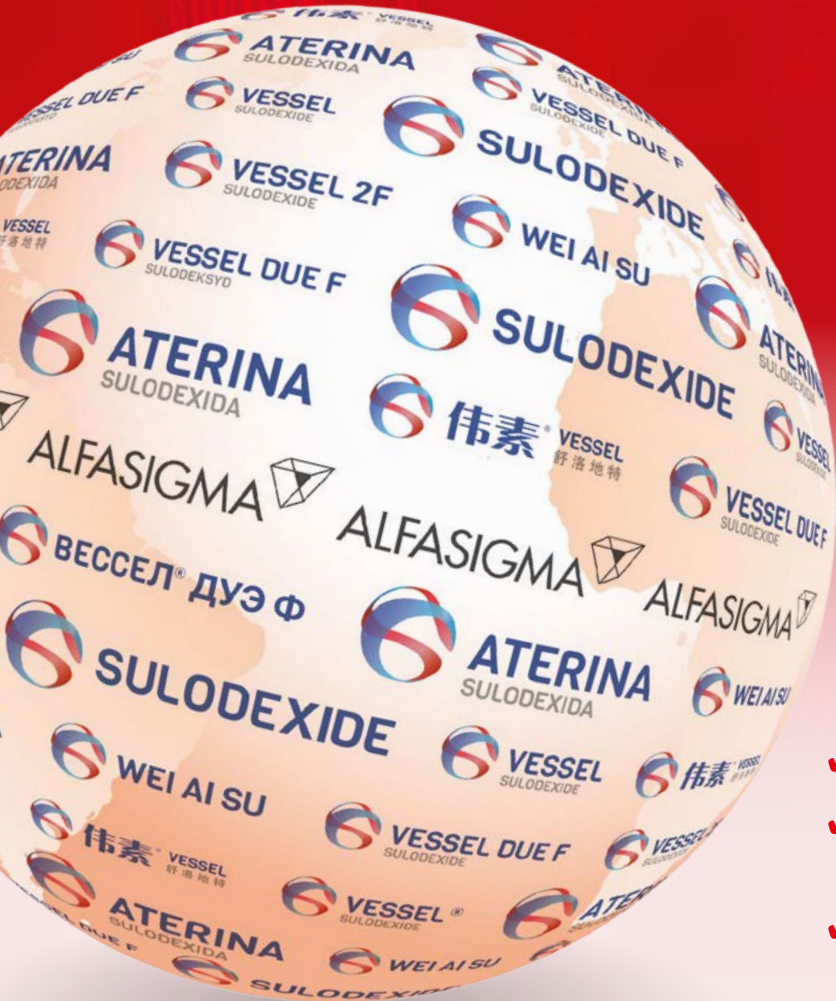


ATERINA

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 PORTADA



Reorganización de RR. HH. en Sanidad. Un enfoque hacia las patologías crónicas

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha pospuesto, y también ha incrementado, la necesaria reorganización de los recursos humanos (RR. HH.) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los médicos han reclamado, entre otras cuestiones, una mejora de sus condiciones de trabajo, la reducción de la carga laboral, más tiempo para la formación y salarios al nivel de otros países de Europa.

6

REPORTAJES



7 de abril.
Día Mundial de la Salud
20



Los profesionales sanitarios españoles ayudan a los refugiados ucranianos
32

ENTREVISTAS



Sagrario de la Azuela
Gerente del Hospital Nacional de Parapléjicos

14



Jaume Pey
Director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud

26



Gorka Orive
Profesor titular de la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco

44

SUMARIO

GESTIÓN EN AP



Luis Gabriel Luque Romero

Entrevista al presidente del comité científico del XXII Congreso de la SEDAP

38

ENTREVISTA



Luis de Palacio

Presidente de la Federación de Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)

58

PROYECTO CARDIOAB



Evaluación del riesgo en el paciente Cardiovascular preDIABético y tratamiento de la dislipemia diabético o preDIABético

50

Nota de Redacción

En la página 59 de la revista de marzo, número 1225, se publicó por error un sumario incorrecto. El correcto sería: Alejandro Ballesteros: "En Salud Mental se ha progresado en el tratamiento en las últimas décadas, pero el siguiente reto es potenciar las herramientas que disponemos a nivel de prevención y promoción de la salud".

OTROS TEMAS

Reportaje patrocinado 62



Fue noticia 68

Instantánea médica 74

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, 2º. 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.



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS





Reorganización de RR. HH. en Sanidad. Un enfoque hacia las patologías crónicas

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha pospuesto, y también ha incrementado, la necesaria reorganización de los recursos humanos (RR. HH.) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los médicos han reclamado, entre otras cuestiones, una mejora de sus condiciones de trabajo, la reducción de la carga laboral, más tiempo para la formación y salarios al nivel de otros países de Europa.

Texto | Eva Fariña



REPORTAJE DE PORTADA

Reorganización de RR. HH. en Sanidad. Un enfoque hacia las patologías crónicas

El Ministerio de Sanidad ha respaldado la presentación del ‘Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035’, realizado por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Una de las principales conclusiones de este informe ha sido que el Sistema Nacional de Salud (SNS) necesitará en 2035 una planificación de los recursos humanos (RR. HH.) orientada a la atención de las personas con enfermedades crónicas y a los pacientes pluripatológicos complejos. En consecuencia, las especialidades “esenciales”, según el informe, serán Medicina de Familia y Medicina Interna.

Los autores de este trabajo han calculado que en los próximos 15 años la población española aumentará un 2 por ciento, por lo que España tendrá en 2035 más de 48 millones de habitantes, con un alto porcentaje de población envejecida.

Carolina Darias, ministra de Sanidad, así como su antecesor en el cargo, Salvador Illa, han agradecido de forma reiterada su labor a los profesionales sanitarios durante toda la crisis sanitaria causada por la COVID-19. “La pandemia nos ha dejado múltiples aprendizajes y retos. El personal del SNS ha sido ejemplo de resiliencia y abordaje de esta compleja situación”, ha dicho Darias.

Ahora los médicos, a través de los colegios profesionales, las sociedades científicas o los sindicatos, han reclamado pasar de los aplausos a los hechos. Por su parte, tanto los responsables del Ministerio de Sanidad como de las comunidades autónomas han coincidido al reconocer la necesaria reorganización del SNS, especialmente en Atención Primaria. Por el momento, se ha publicado el ‘Plan Estratégico de Atención Primaria y

Comunitaria 2022-2023’, presentado en diciembre de 2021 por el Ministerio de Sanidad; sin embargo, los cambios todavía no se han producido.

Decisiones a corto y medio plazo

En opinión de la ministra Darias, el estudio de la Universidad de Las Palmas “es un diagnóstico que va a resultar fundamental y vital para la toma de decisiones a corto y medio plazo”. Cabe destacar que previamente ya se han publicado informes similares respecto a la oferta y la necesidad

de médicos especialistas en España, en concreto, para 2028.

Patricia Barber y Beatriz González han dirigido el estudio de la Universidad de Las Palmas, con el objetivo de “poder tomar algunas decisiones a

corto, medio y largo plazo para adecuar la oferta a las necesidades presentes y futuras de España”. Estos requisitos se abordarán en la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial, con la idea de adecuar y “seguir incrementando la oferta en las convocatorias anuales de la Formación Sanitaria Especializada”, según han dicho en el informe.

Los datos de los RR. HH. en España

A fecha de junio de 2021, España contaba con 136.344 médicos activos en el SNS. El 31 por ciento de los facultativos (42.114) trabajaba en Atención Primaria, y el 59,5 por ciento (81.112), en Hospitalaria. El 9,5 por ciento restante (13.118) prestaba sus servicios en otras especialidades o servicios, y, dentro de este grupo, el 80 por ciento trabajaba en Urgencias y Emergencias, tanto en hospitales como en centros de Atención Primaria.

Entre 2018 y 2021, el número de médicos en el SNS se redujo un 1,77 por ciento, se-

gún el informe, si bien el descenso en Primaria fue del 2,14 por ciento, y en Hospitalaria se produjo un incremento cercano al 6 por ciento.

Más edad y cada vez más mujeres

Las mujeres han pasado de ocupar un 45 por ciento de los puestos médicos en 2007 a un 61 por ciento en 2021. En cuanto a la edad, el colectivo médico cada vez tiene una media más alta. Así, los mayores de 60 años han pasado del 9,7 por ciento en 2007 a un 21 por ciento en la actualidad. El 94 por ciento de los facultativos que trabajan en el sistema público están contratados a tiempo completo.

Los autores del informe han apuntado también que el número total de trabajadores activos en España asciende a 192.484, con una ratio de 406,13 por 100.000 habitantes en 2021. El empleo privado estaría en torno al 30 por ciento, con un incremento desde 2018 del 7 por ciento, que contrasta con la reducción del 1,7 por ciento ya mencionado en el sistema público.

Perfiles más demandados en España

Los médicos consultados por la Universidad de Las Palmas han indicado en una encuesta que las especialidades con más déficit de facultativos son Medicina de Familia y Comunitaria (83,6 por ciento), Anestesiología y Reanimación (76,3 por ciento), Geriátrica (75 por ciento), Psiquiatría (67,3 por ciento) y Radiodiagnóstico (63 por ciento).

Por su lado, la compañía Adecco, especializada en consultoría de RR. HH., ha publicado el informe ‘Perfiles más demandados en España’, en el que ha apuntado que los profesionales más requeridos son aquellos especializados en tecnologías de la información dentro de los ámbitos de la Sanidad, la industria y la construcción. En concreto, el 52,9 por ciento de los directores de Recursos Humanos ha indicado que tiene problemas para reclutar talento en estos sectores.

“SEGUIMOS SIN UN REGISTRO DE PROFESIONALES”

Gabriel del Pozo, secretario general de CESM, ha calificado como “muy deficiente” la gestión de los recursos humanos en el SNS durante los dos últimos años.

¿Cómo ha afectado la pandemia a los profesionales sanitarios?

Esta crisis sanitaria ha supuesto acabar de empeorar el mal balance que traíamos previamente, sin ningún tipo de planificación. El Ministerio de Sanidad no sabe ni siquiera de qué situación parte el Sistema Nacional de Salud, puesto que seguimos sin un registro de profesionales, y así es difícil saber a dónde quiero llegar y cómo tengo que recomponer a mis profesionales.

¿Cómo valora la situación actual, dos años después del inicio de la crisis?

La situación es nefasta. Se ha salido adelante gracias al sobreesfuerzo de los profesionales, mientras que las Administraciones central y autonómicas no han hecho ningún tipo de gran movimiento para poner solución al problema que nos hemos encontrado en estos dos años.

¿Cuáles son los principales cambios que se deben acometer a corto y medio plazo? ¿Es solo una cuestión de aumentar el presupuesto?

La principal medida que se debe tomar es la planificación, eso que no se ha hecho en todo el tiempo pasado. El déficit de profesionales que tenemos ahora no se va a revertir en un día, no se puede solucionar hoy lo que no se ha abordado en diez años. A consecuencia de las crisis económicas padecidas, el SNS y su planificación de recursos han sido un absoluto desastre.

¿Cómo se puede mejorar la situación?

Es necesario aumentar los recursos para poder tener plantilla, material, etc., y, sobre todo, debemos planificar para saber lo que vamos a necesitar. El déficit de ahora mismo no lo podemos resolver con médicos que hoy no tenemos formados, pero planifiquemos para que en un futuro lo más corto posible esté resuelta la formación de especialistas con los tiempos precisos, que son 4-5 años según el tipo de especialidad.

¿Hay margen de tiempo?

Debemos anticiparnos para que en esos años, y no en un periodo excesivamente largo, vayamos supliendo todo lo que

no tenemos. Necesitamos recursos, mejorar las condiciones laborales de los profesionales y las retribuciones. Tenemos que conseguir fidelizar profesionales en determinados ámbitos de nuestro sistema de salud, y hay muchos que no solo no se establecen, sino que prefieren marcharse fuera de España. Habrá que intentar atraer a los que se marchan fuera para que vuelvan, a la vez que intentamos que no exista ese interés en irse, porque las condiciones de aquí sean igual de buenas que las que les ofrecen en el extranjero.

¿Se deben tomar medidas generales, a nivel del Consejo Interterritorial, o se necesitan cambios puntuales en cada centro de salud, cada servicio, etc.?

Se necesitan todo tipo de medidas, puntuales y generales. En el Consejo Interterritorial del SNS hay que tomar decisiones y adquirir el compromiso de aplicación de determinadas medidas, que todas las comunidades autónomas se comprometan a aplicarlas. De poco sirve elaborar una visión general y luego tener competiciones entre los 17+1 servicios autonómicos de salud, porque es absurdo que nos estemos peleando para quitarnos los profesionales entre unos y otros.

¿Y en cuanto a las iniciativas más locales?

Dentro de estas medidas, tenemos que darle una vuelta a cómo se está realizando la atención, porque hay que introducir cambios. La pandemia nos ha puesto en el dilema de valorar otras alternativas, y no conviene desechar nada, pero que siempre sean medidas que garanticen la calidad asistencial, la atención que se merece la población y que los profesionales las desarrollen de la mejor forma posible.

¿Cree que se está gestionando bien el estrés laboral de los profesionales sanitarios después de afrontar dos años de pandemia?

En absoluto, no se está gestionando bien el estrés laboral de los profesionales, ni durante ni después de la pandemia. Se les está haciendo trabajar en condiciones muy por encima de las capacidades. Después de dos años no se tiene la misma capacidad física tras atender las sucesivas olas, y se sigue cargando sobre los profesionales la mala gestión de la pandemia a todos los niveles, desde el Ministerio y las CC .AA.





¿Se deben tomar medidas especiales para atender su salud mental?

La mala gestión de la pandemia se ha 'tapado' con el buen hacer de los profesionales, y eso conlleva una sobrecarga psicológica de los médicos. Se han articulado diversos mecanismos y herramientas de atención al profesional que tiene problemas. Durante los últimos dos años se ha observado un aumento de la patología en los profesionales y se ha incrementado el número de médicos que acude a estos centros, incluso los que están en procesos de baja laboral. No se les ha cuidado y necesitamos mucha mayor protección. Algunos médicos están sometidos a un estrés terrible, y recurren a medicación para su trabajo diario en consulta, algo que por el beneficio de los pacientes no se debería permitir.

¿En qué van a consistir las movilizaciones anunciadas por CESM para reivindicar mejoras laborales?

Se trata de hacer un posicionamiento a nivel nacional de cómo está la Sanidad, en general, a todos los niveles, y los problemas que tenemos los médicos en todo el territorio. Hemos organizado ruedas de prensa, concentraciones, manifestaciones virtua-

les y una gran convocatoria en Madrid. La mayor parte de las negociaciones de las competencias se hacen con las comunidades autónomas e Ingesa, por las transferencias, pero vamos a seguir visibilizando la problemática que tenemos, el descontento por las 'soluciones' planteadas por los políticos tanto a nivel central como autonómico.

¿Qué objetivo tienen estas manifestaciones?

Vamos a seguir, como siempre, retomando la manifestación en las calles para expresar el malestar de todos los médicos. Queremos poner sobre la mesa nuevamente los problemas que teníamos en todo el territorio. No son reivindicaciones nuevas, porque por desgracia no se ha puesto solución a ninguna de las peticiones por las que llevamos años peleando. Tenemos, además, una huelga convocada que está suspendida de momento por las circunstancias de la pandemia. Durante los últimos dos años la COVID-19 nos ha obligado a suspender estas manifestaciones, pero en 2022, si la situación lo permite, volveremos a llenar las calles en mayo en Madrid. Nuestro objetivo es recordar que tenemos muchos problemas urgentes por solucionar, ya que mejorar estas cuestiones repercute en la calidad asistencial que recibe la población.

Por otro lado, la pandemia ha provocado el aumento de la búsqueda de profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeras, auxiliares y técnicos de laboratorio.

Algunas de las explicaciones generales que ha ofrecido este informe se refieren a la falta de cualificación específica, sobre todo en los perfiles tecnológicos o los que exigen el dominio de idiomas. Además, el dossier ha apuntado la existencia de salarios "poco competitivos" en algunas autonomías, así como la falta de relevo generacional.

Los parches de la Administración

Con el objetivo de paliar esta falta de mano de obra especializada, los responsables de las Administraciones Públicas han echado mano de la imaginación, que, en muchos casos, ha provocado la indignación de los profesionales sanitarios. En concreto, la Sociedad Española de Medicina Familiar

y Comunitaria (semFYC) ha mostrado su "más rotunda oposición" a la contratación de médicos sin especialidad, ya sean españoles, comunitarios o extracomunitarios.

En concreto, esta sociedad científica se ha referido al modelo de contratación amparado en el Real Decreto-Ley 29/2020 de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de Recursos Humanos en el Sistema Nacional de Salud. En un comunicado, semFYC ha denunciado la posibilidad de que se abra "un resquicio legal para la contratación de profesionales sanitarios que ejerzan en el SNS sin contar con los requisitos formativos necesarios que garantizan la seguridad asistencial de los ciudadanos".

"Hemos denunciado de forma reiterada los riesgos que entraña una pésima gestión y planificación de los RR. HH. en el sistema sanitario público, especialmente en Aten-

ción Primaria. Las malas condiciones laborales y la precariedad que existe desde hace tiempo en este nivel asistencial han contribuido a acrecentar la fuga de batas blancas, que eligen la Sanidad privada o salir de España para ejercer la profesión", ha lamentado semFYC.

Los médicos de familia han pedido a los gestores y políticos que tomen "las medidas oportunas" para evitar la incorporación de estos trabajadores sin especialización. Entre otras propuestas, han apuntado que se ofrezcan mejores condiciones laborales y profesionales. También han pedido a los gestores que "destierren la idea de que existe un nivel asistencial de primera con especialistas, y un nivel asistencial de segunda sin especialistas".

Por tanto, semFYC ha solicitado al Ministerio de Sanidad que "articule las medidas pertinentes para impedir este

tipo de contrataciones” y ponga en marcha la “reformulación inmediata y con carácter de urgencia del Real Decreto-ley 29/2020”. “Siempre hemos defendido la excelencia formativa de nuestros médicos, especialmente los jóvenes médicos de familia. El anuncio de contratación de facultativos extracomunitarios sin especialidad menoscaba la confianza de la ciudadanía, del conjunto de los MIR, de los jóvenes médicos de familia y de los especialistas que trabajan en Atención Primaria”. Está en juego la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, según semFYC, porque esta opción “nunca se haría con otras especialidades”.

Consultas saturadas por la burocratización

Otro de los problemas que han acuciado a las consultas de Atención Primaria en los últimos años, y que se ha agravado durante la pandemia, ha sido el aumento de la burocracia. El Foro de Médicos de Atención Primaria ha denunciado esta “saturación” por la tramitación de las incapacidades temporales de pacientes con COVID-19 leve o asintomático que no precisan asistencia directa y que “ha colapsado aún más los centros de salud”.

Los facultativos han pedido soluciones al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), porque “la necesidad de contactar y acudir al centro de salud bloquea la capacidad de asistencia sanitaria a los pacientes con COVID-19 moderada o grave, así como al resto de pacientes con patologías agudas y crónicas”.

El Foro también se ha referido al ‘Plan Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023’, del Ministerio de Sanidad, que “carece de memoria económica y de aumento de inversiones en Atención Primaria”. “No se conseguirá una Atención Primaria fuerte si no está dotada de los recursos humanos y económicos suficientes para poder acometer de forma dig-

na y eficaz la asistencia global y de calidad a los ciudadanos”.

Otra de las críticas que hace el Foro respecto al Plan del Ministerio se refiere a la Pediatría. “Desde que esta especialidad se incluyó en Primaria, en 1984, los pediatras supervisan la crianza de recién nacidos, niños y adolescentes en los más de 13.000 centros de salud y consultorios del SNS. En concreto, en España los pediatras atienden a más de 6,3 millones de menores de 14 años. La ausencia de propuestas por parte del Gobierno denota su falta de interés, y podría aumentar el deterioro en los indicadores de salud de la población infanto-juvenil”.

Sin barreras administrativas a la prescripción

José Polo, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), aparte de solicitar una mayor inversión en Atención Primaria, ha reclamado que el médico de familia tenga acceso a las pruebas diagnósticas y no existan barreras administrativas a la prescripción. De esta forma, “la capacidad de resolución del médico de familia aumenta y es coste-efectiva”, ha dicho.

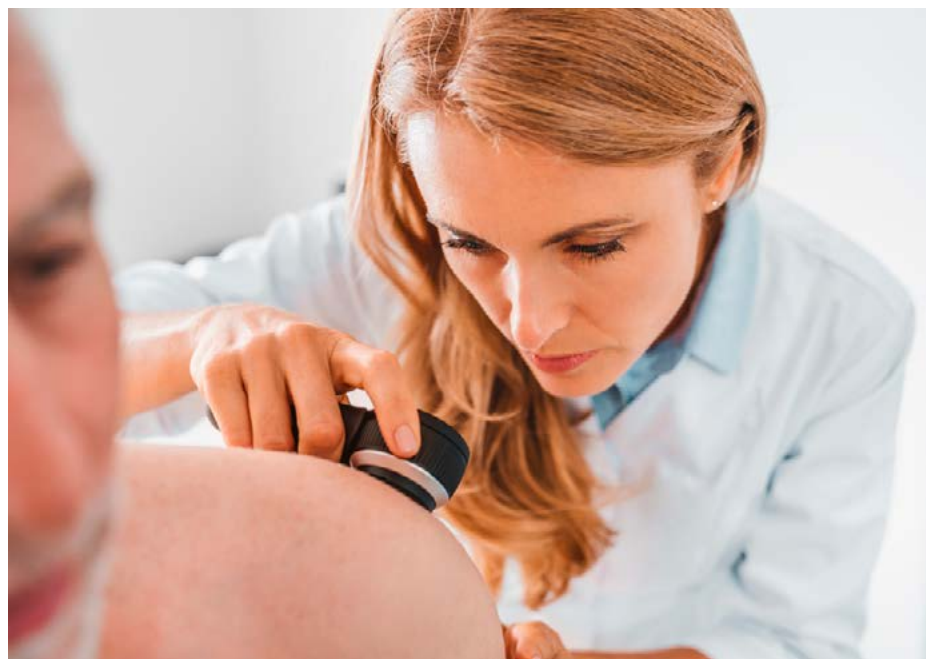
Por su parte, María Fernández, presidenta de semFYC, ha mostrado su preocupa-

ción por “el rechazo social y las críticas contra unos profesionales de Primaria que suman altas cotas de estrés laboral y ven invisibilizada la contención soportada durante dos años de pandemia”.

En la misma línea, Antonio Fernández-Pro Ledesma, presidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), ha criticado la falta de “medidas efectivas que pongan fin a la situación de colapso permanente y la precariedad en la que desempeñan su labor los profesionales del primer nivel asistencial”. “Hemos pasado por una, dos, tres y hasta seis olas, y en cada una de ellas las condiciones se han visto agravadas enormemente, sobre todo en esta última en la que la gran carga de trabajo de burocracia ha restado un valioso tiempo a la labor asistencial de los pacientes”, ha lamentado.

Menos temporalidad y precariedad de los médicos

También ha aportado ideas para mejorar el sistema sanitario público Tomás Cobo, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), que ha pedido la inversión del 7 por ciento del producto interior bruto (PIB) en la Sanidad. Igualmente, ha solicitado el refuerzo de la Atención Primaria y la red de Salud Pública, así como “eliminar la temporalidad y la





precariedad de los facultativos, y promover la formación”. Entre las reformas apuntadas por Cobo también se encuentra incluir a los profesionales en la elaboración y redacción de leyes que afectan a la profesión y a la práctica asistencial.

El presidente de la OMC, Tomás Cobo ha considerado “urgente reconstruir un modelo que está en peligro”. “Las reformas deben pasar de forma obligatoria por combatir la precariedad de los médicos y trazar políticas de RR. HH. valientes en el SNS”.

“Es imprescindible abordar grandes problemas como la precariedad laboral, que alcanza a casi el 50 por ciento de los compañeros en nuestro país, y que genera una incertidumbre y una inestabilidad trágica a nivel personal. La precariedad supone un desgaste para los profesionales y los sistemas sanitarios, pero también puede alterar la relación médico-paciente”.

En este sentido, ya se han conocido algunos datos respecto a la valoración de la calidad de la asistencia médica por parte de los ciudadanos. La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) ha publicado una encuesta realizada a 981 españoles durante 2021, en la que ha revelado que el 44 por ciento de las personas que ha precisado asistencia en Atención Primaria no la ha recibido de manera adecuada. Las puntuaciones han sido más bajas en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas.

El informe de la OCU ha destacado que la pandemia ha afectado a la Atención Primaria en dos aspectos fundamentales. Los pacientes se han quejado “por los largos tiempos de espera y por las dificultades para recibir una atención presencial”. Cuatro de cada seis consultas han sido telefónicas, y después de esperar varios días.

El 28 por ciento de los encuestados ha comentado que todos estos inconvenientes han tenido un gran impacto sobre su salud,

hasta el punto de terminar hospitalizados o con riesgo de muerte. El 51 por ciento de las personas consultadas están menos satisfechas con su centro de salud que antes de la pandemia. A pesar de todo, el 48 por ciento confía mucho en el sistema sanitario público a la hora de garantizar una atención de calidad y accesible a la población, especialmente los mayores de 60 años.

La encuesta de la OCU ha revelado diferencias por comunidades autónomas. El grado de confianza es más alto entre los usuarios del País Vasco (7,4 sobre 10). Les siguen los de Castilla y León (6,8), Castilla-La Mancha (6,8), Cataluña (6,8), Andalucía (6,6), Valencia (6,4) y Madrid (6,3).

La jubilación de los médicos

En el ámbito de los recursos humanos, la jubilación de los médicos también es una cuestión que está sobre la mesa de negociaciones. Según el informe ‘Repercusiones de la COVID-19 sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos de España’, editado por la Organización Médica Colegial (OMC), cerca del 33 por ciento de los médicos se jubilaría si tuviera la posibilidad.

Este documento también ha revelado un alto porcentaje de problemas emocionales entre los médicos. Aproximadamente, un 50 por ciento de los facultativos encuestados ha asegurado que siente el síndrome del trabajador quemado. “La salud mental es una cuestión muy preocupante en los médicos más jóvenes, que han mostrado una alta prevalencia de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño”, ha dicho Tomás Cobo.

Anticipada y flexible

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), por su parte, ha reclamado cierta flexibilidad en la jubilación de los facultativos. “Algunos profesionales no están perfectamente capacitados para trabajar antes de cumplir los 65 años y deberían poder

pedir la jubilación anticipada. Del mismo modo, otros médicos podrían solicitar una prolongación de su edad laboral hasta los 70 años”, ha señalado Tomás Toranzo, presidente de CESM.

Esta flexibilidad, según ha dicho Toranzo, también favorecería la distribución de recursos humanos frente al “roto que se puede producir en los próximos años en el sistema sanitario por la avalancha de jubilaciones”.

En concreto, CESM ha reclamado la posibilidad de pedir una jubilación anticipada, aunque sea parcial, para los médicos que realizan trabajo nocturno, incluyendo las guardias y las Urgencias. Tomás Toranzo ha recordado que profesionales de otros sectores sí pueden acceder a una jubilación anticipada, mientras que los médicos tienen exigencias exclusivas, como la obligación de realizar jornadas extra obligatorias.

El sistema MIR y el número de plazas

En cuanto a la formación, Tomás Cobo ha pedido “una revisión completa del modelo formativo de los médicos, desde las facultades de Medicina, sobre todo en los últimos años en los que el estudiante se empieza a preparar para al examen MIR”. “Miles de graduados formados en nuestras facultades de Medicina se quedan sin la posibilidad de acceder a la Formación Sanitaria Especializada. Es necesario ampliar las plazas MIR, en función de las necesidades asistenciales”.

También ha pedido disponer de las unidades y los recursos docentes suficientes para garantizar que la formación de los residentes sea la adecuada. En cuanto a la formación médica continuada, “fundamental en Medicina”, como ha dicho Cobo, también debe mejorar. En la actualidad, un médico dispone de cinco días al año para su formación, un tiempo “claramente insuficiente”, ha lamentado el presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ■

Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40** años *contigo*
GRUPO

tu
éxito
es
nuestro
éxito





El HNP
es un ejemplo
del concepto **Salud**
como estado de bienestar
físico,
mental y social

Sagrario de la Azuela

Gerente del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos HNP



ENTREVISTA Sagrario de la Azuela

“El HNP es un ejemplo del concepto de salud como estado de bienestar físico, mental y social”

Sagrario de la Azuela, gerente del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (HNP), defiende que la gestión de los procesos centrados en el paciente constituye la pieza clave para el funcionamiento de una organización excelente dedicada a la salud.

¿Cuáles son los puntos prioritarios de gestión de un hospital como el suyo?

Los aspectos generales de gestión del HNP no difieren de los del resto de hospitales, la calidad técnica y eficacia de la práctica clínica, la gestión del riesgo, la eficiencia en la utilización de los recursos o, en términos de satisfacción, la valoración del servicio prestado serían algunos de ellos. Es un centro público dependiente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de referencia nacional en el tratamiento de la lesión medular. Somos un centro monográfico comprometido con la salud desde una dimensión tanto asistencial, investigadora y docente, como social.

¿Qué les diferencia?

Lo que nos diferencia, sin duda alguna, es la forma de cuidar y curar al paciente como persona, incorporando como puntos prioritarios en la gestión del centro la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente y de su entorno familiar; el abordaje de la lesión medular desde una perspectiva multidisciplinar, siguiendo el concepto de rehabilitación integral, que incluye aspectos tanto sanitarios como no sanitarios que buscan maximizar la autonomía y el bienestar de la persona, promoviendo la cultura de la normalización, la prevención, la inclusión y la accesibilidad. Cuidamos, enseñamos y preparamos para que se cuiden. El modelo de gestión de servicio del HNP es un claro ejemplo del concepto de salud

como estado de bienestar físico, mental y social.

¿Con qué herramientas cuenta?

Con la más importante, con el conocimiento y la experiencia de los profesionales del HNP. Son nuestro mayor valor, los que hacen realidad el modelo. Personal médico y de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, técnicos de cuidados, celadores, monitores de deporte, ocio y tiempo libre, científicos y otros muchos perfiles profesionales integran un equipo multidisciplinar y coordinado dedicado a recuperar personas, sostenidos en la evidencia científica, y con criterios de efectividad y eficiencia.

¿Cómo se consigue la excelencia?

La gestión de los procesos centrados en el paciente constituye la pieza clave para el funcionamiento de una organización excelente dedicada a la salud en términos de valor como efectividad percibida, de calidad de vida, en definitiva. La excelencia en salud consiste en ofrecer al paciente lo que como persona necesita, en el momento preciso y de la forma más adecuada. Forma parte de un trato de excelencia el que el paciente se sienta acogido, escuchado, comprendido, seguro, cuidado.

Y, ¿desde el punto de vista clínico?

Desde el punto de vista clínico, la excelencia es una estrategia para asegurar una atención cualificada con garantía de calidad y seguridad, que debe incluir los abordajes clínicos actualmente más eficaces, evitando en todo caso prácticas de sobrediagnósti-

co y de sobretratamiento. Para esto, es fundamental tener un cuerpo de profesionales bien formado, expertos en su área de conocimiento, en nuestro caso, en los problemas de la lesión medular que son múltiples, y con capacidad para tomar decisiones. La lesión medular requiere de una atención integral y multidisciplinar. El reto actual es llegar a una Medicina Personalizada capaz de aplicar nuevas terapias tan pronto estén disponibles, ya sean de desarrollo propio o en otros centros.

En este sentido, ¿qué importancia tiene la investigación?

La investigación es prioritaria, pues permite avanzar en el tratamiento de un problema sin solución hasta el momento, como es la lesión medular. La investigación que realizamos en el HNP cubre áreas básicas, clínicas y traslacionales. Muchas líneas de investigación básica se realizan a partir de muestras de pacientes, la investigación clínica trabaja directamente sobre aspectos concretos del paciente y la investigación traslacional pretende llegar al paciente a partir del conocimiento obtenido en modelos experimentales.

La excelencia en salud consiste en ofrecer al paciente lo que como persona necesita, en el momento preciso y de la forma más adecuada

¿Disponen de alguna unidad específica de investigación?

Los tratamientos aplicables al paciente siempre se deben sustentar en resultados y en el conocimiento obtenido a partir de la investigación. Disponer de una unidad específicamente dedicada a la investigación en lesión medular es muy importante. Parte de nuestra misión es dirigir recursos y esfuerzos para que los resultados obtenidos en el laboratorio estén a disposición de los clínicos y poder

así plantear ensayos clínicos en los pacientes.

¿Cómo se gestiona el binomio investigación-excelencia?

Los recursos que el hospital destina a la actividad investigadora constituyen una inversión que va mucho más allá del trabajo en un laboratorio. La aplicación de los resultados obtenidos, la difusión del conocimiento generado en diferentes áreas científicas, las redes nacionales e internacionales de colaboración, la cooperación con instituciones académicas, la colaboración público-privada o la disseminación de los avances a la sociedad conforman el binomio investigación-excelencia.

¿Cuáles son las fortalezas de su centro?

Las podríamos resumir en liderazgo a nivel nacional e internacional: marca HNP, la capacidad para establecer colaboraciones con otras instituciones y organizaciones del ámbito público y privado, ser un centro con alto potencial de impacto en opinión pública, disponer de un equipo multidisciplinar de profesionales expertos, binomio actividad asistencial-actividad investigadora, servicio y formación a cuidadores, y dimensión integral de la asistencia.

Y, ¿las debilidades?

Entre las debilidades están la competencia con necesidades de hospitales generalistas del servicio de salud, la capacidad de atraer profesionales ya formados en lesión medular y la ausencia de una adecuada política de protección y explotación de los resultados de la actividad de investigación, retorno de la actividad de I+D+i.

¿Es importante que el clínico se implique en la gestión?

La implicación de los profesionales clínicos en la gestión es clave para la transformación de la estructura organizativa y la mejora de los resultados del sistema, en



términos de eficiencia. Su papel no puede limitarse al desarrollo de la actividad asistencial, su implicación en la organización de los procesos, la planificación y la gestión de personas y recursos materiales es muy importante. Es incuestionable la necesidad de que el profesional asuma responsabilidad en la planificación y gestión de los recursos de su propia práctica clínica.

¿Cómo valora las unidades de gestión clínica de los centros sanitarios?

Con el fin último de mejorar la calidad y la eficiencia de los procesos clínicos, la creación de unidades de gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que conlleva descentralizar las decisiones y do-

tar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar su actividad. Creo sinceramente que hay bastante unanimidad sobre la “bondad” de un modelo organizativo diseñado bajo la premisa de implicar en la gestión de su actividad a los profesionales responsables de practicarla. Pero un planteamiento teórico tan evidente, con tímido apoyo normativo, debe entrañar una verdadera dificultad ejecutarlo cuando no hemos sido capaces de generalizar su implantación en nuestras organizaciones. Las unidades de gestión clínica son, como la carrera profesional o la productividad variable, una oportunidad de mejora poco aprovechada.

¿Cómo se ha gestionado su hospital en estos dos últimos años?



ENTREVISTA Sagrario de la Azuela

La pandemia nos llegó como a todos, sin esperarla, pero a diferencia de los demás, el hecho de ser un hospital monográfico en el tratamiento de personas con lesión medular que no dispone de servicio de urgencias, tuvimos más capacidad de organización y planificación. Hemos seguido en todo momento recibiendo ingresos de pacientes en fase aguda, tanto en hospitalización como UVI, suspendimos en la primera ola las revisiones con ingresos y las consultas externas, y conseguimos, hasta la fecha, lo más importante: aislar y atender sin complicaciones clínicas importantes los casos diagnosticados. Lo más duro, sin duda, el confinamiento en sus habitaciones que durante meses, y alejados de sus familias, sufrieron nuestros pacientes. Lo más valorado, el trabajo y dedicación de los profesionales.

¿Tuvieron que ampliar la asistencia para enfermos COVID?

Como consecuencia de la presión asistencial del área de Toledo y ante la necesidad de reforzar sus recursos, tuvimos que hacer hueco para asistencia COVID a tres unidades de hospitalización, 90 camas, y una UVI, 16 camas del Complejo Hospitalario de Toledo. Asimismo, ha sido necesario también ingresar en nuestras unidades de hospitalización pacientes geriátricos y de cuidados paliativos. Actualmente, manteniendo las medidas de seguridad generales de uso de mascarilla y distanciamiento, hemos recuperado la normalidad de nuestra actividad y estamos al cien por cien.

Como consecuencia de la presión asistencial del área de Toledo y ante la necesidad de reforzar sus recursos, tuvimos que hacer hueco para asistencia COVID a tres unidades de hospitalización, 90 camas, y una UVI, 16 camas del Complejo Hospitalario de Toledo. Asimismo, ha sido necesario también ingresar en nuestras unidades de hospitalización pacientes geriátricos y de cuidados paliativos. Actualmente, manteniendo las medidas de seguridad generales de uso de mascarilla y distanciamiento, hemos recuperado la normalidad de nuestra actividad y estamos al cien por cien.

¿Qué se ha aprendido de la gestión en esta crisis sanitaria?

La crisis sanitaria nos ha dado lecciones importantes, pero tengo mis dudas sobre si hemos aprendido lo suficiente. Entre otras, hemos visibilizado los límites de nuestra capacidad, sufrido la dependencia externa en el suministro de recursos básicos y expe-

rimentado la gestión en situación de “guerra”. La crisis sanitaria ha dejado claramente de manifiesto la capacidad y compromiso de sus profesionales y ha evidenciado que el cambio en nuestras organizaciones responde más a una necesidad de adaptación a corto plazo a una situación imprevista de emergencia, que a una evolución planificada del sistema.

¿Hacia dónde se dirige la gestión?

Para entender hacia donde se dirige la gestión es necesario tener en cuenta aspectos claves del actual escenario, identificar los principales retos a los que nos enfrentamos, que no es nada nuevo ni diferente a lo que llevamos hablando y escuchando desde hace años: situación

económica, envejecimiento progresivo de la población, cambios en el patrón de las enfermedades, aumento de enfermedades crónicas, pacientes informados y exigentes, desarrollo acelerado

de la tecnología, falta de médicos y enfermeras, entrada de nuevos actores, crecimiento del gasto sanitario o dificultades para la sostenibilidad del sistema.

¿Qué líneas se deben seguir?

Dicho esto, es razonable pensar que la gestión debería dirigirse a dar respuesta a estos retos. Conceptos claves de los que hablaremos al referirnos a la gestión clínica: atención sanitaria basada en el valor, Medicina Personalizada, escuchando más lo que dicen los pacientes, contando con su experiencia y compartiendo decisiones. En definitiva, participación más activa del paciente en su propia salud, formación de los pacientes, su familia y cuidadores en el manejo de condiciones y síntomas, trabajo en equipos multidisciplinares, nuevas formas de inversión colaboración público-privada, gestión integrada de servicios para garan-


tizar la continuidad asistencial, estratificación de pacientes, programas de atención domiciliaria, con programas específicos a la atención geriátrica a todos los niveles, digitalización de servicios, seguimiento de enfermedades y tratamiento desde el domicilio, robótica.

¿Qué papel tienen las TIC en esta evolución?

Fundamental, no se podría entender ni atender sin ellas. Cada vez contamos con mayor información, con menos tiempo para analizarla y los sistemas de información tradicionales no están dotados de la flexibilidad necesaria para facilitar un entorno de toma rápida de decisiones. Por estos motivos, los departamentos de las TIC se encuentran con peticiones urgentes, continuas y descoordinadas de información. Los sistemas Big Data, basados en el análisis de gran volumen, alta variedad y velocidad de datos mediante formas innovadoras y rentables de procesamiento, utilizados en salud digital constituyen un instrumento clave para mejorar la comprensión y la toma de decisiones.

¿Con qué medios más se cuenta?

Los registros electrónicos de salud, registros médicos electrónicos, la telemedicina, los datos de TI de salud del consumidor, la asistencia sanitaria virtual, los sistemas de salud móvil, las apps móviles enfocadas a mejorar hábitos, conectar con otros pacientes y profesionales o gestionar enfermedades crónicas están marcando claramente el camino hacia donde se dirige la gestión de los sistemas de salud. Cada vez más se pueden encontrar aplicaciones relacionadas con la salud y los centros asistenciales y profesionales están incluyendo estas herramientas en sus prescripciones médicas. Además, en la red también se ha extendido el uso de las redes sociales, de las comunidades específicas para pacientes y de foros donde personas enfermas, familiares, cuidadores y profesionales sanitarios comparten dudas, experiencias y consejos ■



coloquios
El Médico





El mundo natural, fuente de salud humana

El ser humano es el único animal capaz de autodestruirse. La misma actividad que provoca el calentamiento global es la que genera riesgo de pandemias, poniendo en peligro el bienestar de la humanidad y la salud del planeta. En este contexto, y con una amenaza nuclear real, la OMS pone al planeta Tierra en el centro del Día Mundial de la Salud 2022. Solo si somos capaces de entender que el mundo natural es fuente de salud humana podremos dirigirnos hacia sociedades del bienestar sostenibles que no traspasen los límites ecológicos.

Texto | Laura C. Villagrasa



A principios de los 80, en plena Guerra Fría, la tensa relación entre los Estados Unidos y la Unión Soviética amenazaba con desatar una gran guerra, protagonizada por las mayores armas desarrolladas por ambos países, las bombas nucleares. Fue entonces cuando el famoso astrofísico Carl Sagan, acompañado por un grupo de científicos, pronosticó los efectos ambientales de una guerra nuclear. Presentaron el llamado “invierno nuclear”, fenómeno climático que seguiría a la detonación de varias decenas de bombas atómicas en caso de guerra.

Las bombas nucleares provocarían tormentas de fuego que elevarían a la atmósfera humo, polvo y partículas, que acabarían en la estratosfera y se diseminarian por todo el globo. Estas partículas absorberían la luz del sol, sumiendo al planeta en la oscuridad y provocando una bajada de temperaturas -entre 10 y 50 grados-. Al no filtrarse la luz solar, las plantas morirían y toda la cadena trófica se vería afectada.

La subida de temperatura en la estratosfera destruiría una parte de la capa de ozono, provocando mayor exposición a la radiación ultravioleta, que acabaría con los pocos seres vivos y plantas que quedarían. Estas condiciones echarían a perder los cultivos, y se produciría una hambruna mundial sin precedentes. La lluvia radiactiva dejaría áreas completamente inhabitables y provocaría daños irreparables.

Nadie nunca se ha atrevido a apretar el botón nuclear, pero ahora Vladimir Putin, el presidente de Rusia, despierta con sus amenazas viejos fantasmas, alimentando de nuevo el miedo. Existen cerca de 13.000 cabezas nucleares reconocidas en el mundo. Aunque solo se utilizaran varias decenas de ellas en una guerra a pequeña escala, los cambios climáticos serían catastróficos para el bienestar de la humanidad y la salud del planeta.

Las bombas nucleares son solo una de las amenazas que se ciernen sobre el plane-

ta. El cambio climático es otra de ellas. En los últimos informes de situación del IPCC, el panel de expertos vinculados a la ONU que lleva más de tres décadas sentando las bases sobre el cambio climático, se avisa de que ya se han causado cambios al planeta que serán irreversibles durante siglos o milenios. Los expertos aseguran que existe una relación directa entre el incremento de las temperaturas medias del planeta y la multiplicación de los extremos cálidos, las fuertes precipitaciones, las sequías, además del aumento de ciclones tropicales, disminución del hielo del Ártico y la reducción de la capa de nieve y el permafrost. En estos informes se indica claramente que el desarrollo resiliente al clima ya representa un desafío con los niveles actuales de calentamiento. Dicho desarrollo será más limitado si el calentamiento supera los 1,5 grados. En algunas regiones, este desarrollo será imposible si el calentamiento global aumenta más de dos grados.

Ante este panorama, la OMS pone al planeta en el centro del Día Mundial de la Salud de 2022. Bajo el lema “Nuestro planeta, nuestra salud”, insta a valorar y proteger el mundo natural como fuente de salud humana, recordando que las decisiones, ya sean de carácter político, social o comercial, son las que están impulsando la crisis climática, que es también una crisis sanitaria. La OMS estima que más de 13 millones de muertes en el mundo cada año se deben a causas ambientales derivadas del cambio climático.

Hoy somos más de 7.753 millones de personas en el planeta y continuaremos creciendo hasta 2050, al menos, 2.000 millones más. Una población en aumento necesita cada vez más recursos, lo que acelera la emisión de gases de efecto invernadero. Además, estamos destruyen-

do los ecosistemas terrestres y marinos. En los últimos 10 años se han destruido 13 millones de hectáreas de bosque, sumideros naturales de carbono. Los océanos también son sumideros naturales -absorben hasta el 50 por ciento del dióxido de carbono-. El aumento de las emisiones acidifica los océanos, y la flora y la fauna marina mueren.

Contaminación del aire

La mayor parte de las emisiones de gases de efecto invernadero son causadas por las personas, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales, y tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. La contaminación atmosférica urbana es la que padecen principalmente los habitantes de las ciudades. Se produce por la combustión ineficiente de combustibles fósiles (carbón, petróleo, gas natural) para la generación de electricidad, transporte, calefacción, industria y edificación.

En España, contaminan en la misma proporción los gases emitidos por los tubos de escape del tráfico rodado (32,5 por ciento) que las plantas industriales o productoras de energía (32 por ciento). Se estima que el 35 por ciento de la gente respira aire contaminado, según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

En los países en desarrollo, se habla de contaminación de aire doméstico, cuya causa principal es la combustión provocada por el empleo de queroseno y combustibles sólidos como madera para la cocción de alimentos, la calefacción mediante estufas y el alumbrado mediante lámparas. De los 7 millones de muertes prematuras que se producen cada año relacionadas con la contaminación del aire, 3,8 millones son por aire doméstico, según la OMS. De

La OMS estima que más de 13 millones de muertes en el mundo cada año se deben a causas ambientales derivadas del cambio climático

ellas: el 21 por ciento por neumonía, el 20 por ciento por accidentes cerebrovasculares, el 34 por ciento por cardiopatía isquémica, el 19 por ciento por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 7 por ciento por cáncer de pulmón.

El mar de plástico

Los océanos y mares, tan importantes para el mantenimiento de los ecosistemas, para la dieta humana y para la vida, son grandes contenedores de basura. En el mar, la contaminación por plásticos pasó de dos millones de toneladas en 1950 a 348 millones en 2017. Y se espera que se duplique su cantidad de aquí a 2040. Más de 800 especies marinas se ven afectadas por esta contaminación de plásticos, ya sea por ingestión, enredo y otros peligros. Ello tendrá consecuencias fatales: se destruirán los arrecifes de coral y para el año 2050 habrá más plásticos que peces en el mar, según estimaciones realizadas por Naciones Unidas.

La exposición a plásticos perjudica gravemente la salud humana y puede afectar a la fertilidad, la actividad hormonal, metabólica y neurológica. El famoso estudio "Naturaleza sin plástico: evaluación de la ingestión humana de plásticos presentes en la naturaleza", solicitado por WWF y realizado por la Universidad de Newcastle, Australia, sugiere que las personas ingerimos cinco gramos de plástico por semana, el equivalente a una tarjeta de crédito. La mayor fuente de la ingesta de microplásticos proviene del agua, tanto embotellada como del grifo, aunque los microplásticos también se encuentran en el aire, en los animales, en las frutas y las verduras que consumimos.

Fenómenos meteorológicos extremos

El cambio climático es, según la OMS, la mayor amenaza para la salud a la que se enfrenta la humanidad. Los impactos ya se están dando a través de la contaminación del aire. También a través de fenóme-

¿HAY SOLUCIONES PARA EL CAMBIO CLIMÁTICO?

Los científicos coinciden en que es necesario limitar la temperatura del planeta para evitar un cambio climático mayor. El objetivo es no calentar la tierra más de 1,5 grados, aunque por el momento el termómetro ya ha subido 1,2 grados a nivel mundial. A continuación, se resumen algunas soluciones que propone la Comisión Europea.

- Para la naturaleza, protección de la biodiversidad, aumentando las zonas protegidas en todos los rincones del planeta para preservar los ecosistemas. Las buenas prácticas forestales y una adecuada gestión de la tierra pueden ayudar a mantener o incluso a aumentar la cantidad de carbono bajo tierra. La tierra almacena carbono, principalmente en forma de materia orgánica, y es el segundo mayor depósito de carbono del planeta después de los océanos.
- Para la energía y la industria, el principal camino es el abandono de los combustibles fósiles. Para ello, se requieren transformaciones completas y urgentes de los sistemas de producción y consumo, potenciando el desarrollo de energías limpias, como la solar o la eólica. Obtener más energía de fuentes renovables también significa gastar menos en importaciones de carbón, petróleo y gas de fuera de la Unión Europea. En 2018, casi el 19 por ciento de la energía de la UE se obtuvo de energías renovables. El objetivo es elevarlo al 32 por ciento en 2030. En el camino hacia la reducción de los combustibles fósiles es necesario actuar en los marcos político, económico y empresarial para generar una economía climática. Es considerable la ayuda financiera pública a la producción y uso de combustibles fósiles, que reciben casi el doble de subsidios que las energías renovables. La energía renovable ganaría en competitividad si los combustibles fósiles recibieran menos financiación.
- Para el transporte, soluciones más limpias, como la conducción eléctrica y alternativas a la aviación, una de las fuentes de emisión de gases de efecto invernadero que más aumenta. También para la industria naviera, controlando las emisiones de grandes barcos. Las emisiones de la industria naviera ascienden a cerca de mil millones de toneladas de dióxido de carbono al año, lo que representa cerca del 3 por ciento de las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero.
- Para las ciudades, los edificios y los electrodomésticos más eficientes ahorran grandes cantidades de energía, emisiones y dinero. Una gran parte de la energía utilizada en los hogares en la UE se destina a calefacción en las viviendas. Las ventanas de tripe acristalamiento y los tejados cubiertos con plantas para mantener edificios frescos son solo algunas de las formas de reducir la huella de carbono de nuestros hogares, escuelas y oficinas.
- Para los residuos, actuar con inteligencia. Como promedio, cada una de los 500 millones de personas que viven en la UE tira cerca de media tonelada de basura por año. Evitar los residuos es cada vez más importante, porque la población aumenta y estamos consumiendo el suministro finito de los recursos naturales.



REPORTAJE

El mundo natural, fuente de salud humana

nos meteorológicos extremos, que provocan la degradación de la tierra y la escasez de agua, que están desplazando a personas y afectando a su salud. Entre el 80 y el 90 por ciento de todos los desastres naturales documentados por amenazas naturales durante los últimos 10 años han resultado de inundaciones, sequías, ciclones tropicales, tormentas severas y olas de calor, según la OMS.

Las inundaciones son el tipo de desastre natural más frecuente. En los últimos años, están aumentando su frecuencia e intensidad debido al cambio climático. Las inundaciones son causadas a menudo por fuertes lluvias, deshielo rápido o marejadas ciclónicas de un ciclón tropical o tsunami en las áreas costeras. Entre 1998 y 2017, afectaron a más de 2.000 millones de personas en todo el mundo. Son causa de devastación general, causan pérdida de vidas, daños y lesiones físicas, ataques cardíacos y enfermedades infecciosas. En lo material, provocan daños a la propiedad personal y a las infraestructuras públicas, causando interrupciones de los servicios de salud, escasez de agua potable y obligando a las personas a desplazarse a otros territorios.

Por lo que respecta a las sequías, el aumento de las temperaturas causado por el cambio climático está haciendo que las regiones ya secas se vuelvan más secas y las regiones húmedas más húmedas. En las regiones secas, esto significa que cuando aumentan las temperaturas el agua se evapora más rápidamente y aumenta el riesgo de sequía o prolonga los periodos de sequía. Se estima que 55 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por las sequías cada año, y son el peligro más grave para el ganado y los cultivos en casi todas las partes del mundo.

El cambio climático es, según la OMS, la mayor amenaza para la salud a la que se enfrenta la humanidad

La sequía amenaza los medios de subsistencia de las personas, aumenta el riesgo de enfermedad y muerte y fomenta la migración masiva. La escasez de agua afecta al 40 por ciento de la población mundial y hasta 700 millones de personas corren riesgo de ser desplazadas como resultado de la sequía para 2030.

Los ciclones tropicales, también conocidos como tifones o huracanes, son los fenómenos meteorológicos más destructivos. Son intensas tormentas circulares que se originan sobre cálidos océanos tropicales, y tienen vientos máximos sostenidos que superan los 119 kilómetros por hora y fuertes lluvias. Los ciclones tropicales reciben diferentes nombres según el lugar del mundo en el que se originan. Los tifones ocurren en el Océano Pacífico occidental. Los huracanes ocurren en el Océano Atlántico y el Océano Pacífico norte oriental. Los ciclones tropicales ocurren en el Océano Pacífico Sur y el Océano Índico.

Entre 1998 y 2017, las tormentas, incluidos los ciclones tropicales y los huracanes, ocuparon el segundo lugar después de los terremotos en términos de muertes, matando a 233.000 personas. Durante este tiempo, las tormentas también afectaron a unas 726 personas en todo el mundo, lo que significa que millones de ellas resultaron heridas, quedaron sin hogar, desplazadas o evacuadas durante la fase de emergencia del desastre. En los últimos 30 años, la población que vive en costas expuestas a ciclones ha aumentado un 192 por ciento, lo que aumenta el riesgo de mortalidad y morbilidad en caso de ciclón tropical.

Las olas de calor, o el calor y el clima cálido que pueden durar varios días, pueden tener un impacto significativo en la socie-

dad, incluido un aumento de las muertes relacionadas con el calor. Las olas de calor se encuentran entre los peligros naturales más dañinos, pero rara vez reciben la atención adecuada, porque el número de defunciones y su destrucción no siempre son evidentes de inmediato.

Entre 1998 y 2017, más de 166.000 personas murieron a causa de las olas de calor, incluidas más de 70.000 que fallecieron durante la ola de calor de 2003 en Europa. Si bien sus efectos pueden exacerbarse en las ciudades, los medios de subsistencia y el bienestar de las comunidades no urbanas también pueden verse gravemente afectados durante y después de periodos de clima inusualmente cálido. Las olas de calor pueden sobrecargar los servicios de salud y de emergencia y aumentar la presión sobre el agua, la energía y el transporte, lo que puede provocar cortes de energía o apagones.

La seguridad alimentaria y de los medios de subsistencia pueden verse afectados si las personas pierden sus cultivos o su ganado.

Las condiciones climáticas, además, tienen gran influencia en las enfermedades transmitidas por el agua o por los insectos y otros animales. Es probable que los cambios del clima prolonguen las estaciones de transmisión de importantes enfermedades transmitidas por vectores y alteren su distribución geográfica. Por ejemplo, se prevé una ampliación considerable de las zonas de China afectadas por la esquistosomiasis, enfermedad difundida por caracoles.

El paludismo, transmitido por mosquitos del género *Anopheles*, mata casi 600.000 personas cada año, sobre todo niños africanos menores de cinco años. Los mosquitos del género *Aedes*, vector del dengue, son también muy sensibles a las condiciones climáticas. Los estudios llevan a pensar que es probable que el cambio climático aumente el riesgo de transmisión del dengue.

La era de las pandemias

Las mismas actividades humanas que impulsan el cambio climático generan riesgo de pandemias. Hablamos de los cambios de uso del suelo, la expansión e intensificación de la agricultura y el comercio, la producción y el consumo insostenible aumentan el contacto entre vida silvestre, ganado, patógenos y personas. Así lo explican 22 expertos de todo el mundo convocados por la Plataforma Intergubernamental Científico-normativa sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas (IPBES) en un informe.

Los expertos aseguran que nuevas pandemias surgirán en el futuro con más frecuencia. Además, se propagarán más rápidamente, tendrán un mayor impacto en la economía y matarán a más personas que la COVID-19. Actualmente, se estima que existen 1,7 millones de virus no descubiertos en mamíferos y aves, de los cuales hasta 850.000 podrían tener capacidad de infectar a las personas. A pesar de este escenario, los expertos son optimistas, y coinciden en que escapar de las pandemias es posible, siempre que se produzca un cambio radical de enfoque.

El riesgo de pandemias puede disminuir si se reducen las actividades humanas que impulsan la pérdida de biodiversidad, mediante una mayor conservación de las áreas protegidas y medidas que reduzcan la explotación insostenible de las regiones de alta biodiversidad. Esto reducirá el contacto entre la vida silvestre, el ganado y los humanos, y ayudará a prevenir la propagación de enfermedades, según los expertos.

Hacia sociedades del bienestar sostenibles

La pandemia de COVID-19 nos ha mostrado el poder de la ciencia, pero también las desigualdades en nuestro

RECONECTAR CON LA NATURALEZA

En algún momento, la humanidad perdió el vínculo invisible pero real que nos une con la naturaleza, la madre tierra. Sin embargo, la pandemia nos ha dejado patente que no es posible separar nuestras vidas de lo medioambiental. El escritor, periodista y divulgador estadounidense Richard Louv es una de las personas que alzan la voz para alertar del deterioro de nuestras relaciones con la tierra. Louv es autor de nueve libros, entre ellos el recién traducido al castellano “Los últimos niños del bosque”, en el que investiga la relación de los niños y la naturaleza a lo largo de la historia y en el momento actual. Según Louv, nuestra sociedad padece el síndrome de Deficit de Naturaleza, cuyos síntomas son estrés, ansiedad, falta de relaciones significativas con los demás y con el mundo, y numerosos desequilibrios psicofísicos como las adicciones o la llamada hiperactividad infantil. El alejamiento de la naturaleza nos enferma, y solo retomar el contacto con el medio natural puede devolvernos la salud y el goce de sentirnos plenamente humanos. Todos podemos recibir extraordinarios beneficios al conectarnos –o reconectarnos- con la naturaleza. Esta favorece la buena salud, nuevas oportunidades profesionales y de negocio y actúa como un fuerte lazo de unión para las familias y las comunidades: nos ayuda a sentirnos completamente vivos.

mundo. Ha puesto de manifiesto las debilidades en todos los ámbitos de la sociedad y ha subrayado la urgencia de crear “sociedades del bienestar” sostenibles, comprometidas con lograr una salud equitativa ahora y para las generaciones futuras sin traspasar los límites ecológicos. El diseño actual de la economía conduce a una distribución

desigual de los ingresos, la riqueza y el poder, con demasiadas personas que todavía viven en la pobreza y la inestabilidad. Una economía del bienestar tiene como objetivos el bienestar humano, la equidad y la sostenibilidad ecológica. Estos objetivos se traducen en inversiones a largo plazo, presupuestos de bienestar, protección social y estrategias legales y fiscales. Romper estos ciclos de destrucción para el planeta y la salud humana requiere acción legislativa, reformas corporativas y apoyo e incentivos para que las personas tomen decisiones saludables, recuerda la OMS en el Día Mundial de la Salud.

Las sociedades del bienestar son sociedades saludables. Los países deberían medir su éxito por el bienestar de su gente y el medio ambiente en el que viven, no solo por acuerdos, comercio o ganancias obtenidas de productos que amenazan nuestro mundo y nuestra supervivencia. La salud debe tenerse en cuenta en todo, tanto a nivel local como mundial, porque todos necesitamos entornos saludables donde vivir, trabajar y jugar ■





Tenemos que incluir todos los medicamentos y productos de autocuidado en la receta electrónica

Jaume Pey

Director general de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP)

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | ANEFP



“Tenemos que incluir todos los productos de autocuidado en la receta electrónica”

La industria del autocuidado ha demostrado tener un papel vital en la pandemia, pero también lo tiene en el futuro del sistema sanitario, pudiendo reducir las consultas innecesarias de una tensionada Atención Primaria y ofreciendo soluciones a los síntomas leves que deja como estela la COVID persistente.

¿Esperan que este 2022 se establezca el sector del autocuidado a niveles de pre-pandemia?

Pensamos que probablemente vamos a convivir con el coronavirus, pero no de una manera pandémica. Si esto es así, entendemos que el mercado, y así lo está mostrando, tenderá a normalizarse. Esto significa que algunas categorías que crecieron exponencialmente en el 2020 y el 2021, comparadas con estas cifras, van a decrecer, y categorías que habían estado casi desaparecidas, como es toda el área de respiratorio, tenderán a recuperarse. De esta forma, en 2022 estimamos índices de crecimiento, pero siempre dependiendo de cómo evolucione la pandemia y las diferentes patologías.

Así, hablamos de crecimientos de entre el 2 y el 3 por ciento, también teniendo en cuenta la inflación del país, que es el crecimiento habitual del *Consumer Health*.

¿Qué productos de autocuidado han llegado con la pandemia para quedarse?

Sobre todo, los productos relacionados con el tema de protección, como las mascarillas o los geles hidroalcohólicos, que no van a tener el uso de la pandemia, pero que seguramente sigan en nuestras vidas,

por ejemplo, cuando alguien tenga un proceso infeccioso. Antes nos habría parecido muy extraño y ahora quizás lo hayamos normalizado. También todo lo que tiene que ver con la cultura de la prevención en general, que son productos que ya se utilizaban, pero que seguramente no estaban tan penetrados como en otros países de Europa. Es un cambio en la cultura del autocuidado que ha llegado para quedarse.

¿Cuál ha sido la evolución del sector del autocuidado en los últimos años? ¿Cómo se sitúa a nivel internacional?

Si nos fijamos en los años prepandemia, el mercado español estaba creciendo más que el europeo. En Europa, la comparativa con los datos más homogéneos los tenemos en los medicamentos no sujetos a receta. En este ámbito, hemos pasado de representar un 4 por ciento, a casi un 7 del mercado de los medicamentos totales. La cuestión es que esta cifra en Europa ya es del 12 por ciento. Por lo tanto, hemos evolucionado más rápido que Europa, pero aún nos queda camino por recorrer. España es un país emergente en el sector del autocuida-

do, y la COVID ha acelerado el consumo en este ámbito. De hecho, la pandemia ha marcado mucho el sector, y, desde 2020, se produjeron muchos desequilibrios. En general, con categorías que crecieron mucho y otras que decayeron de manera brutal. En 2021, categorías que no existían, como los test de antígenos, han tenido un crecimiento muy fuerte al convertirse en productos de no prescripción. A nivel de Europa no ha sido muy diferente, aunque en Centro Europa los productos de prevención, como por ejemplo el mercado de vita-

minas y minerales, ya estaban mucho más asentados previamente.

¿Y por qué hay estas diferencias con Europa?

El mercado de autocuidado en Europa se crea antes que el español. Por poner un ejemplo, nuestra sociedad de autocuidado europea tiene casi diez años más que su homóloga española. Por ello, la conciencia de lo que era autocuidado se creó también antes. Esto va unido a una cultura de prevención que se relaciona con el consumo de productos como plantas medicinales, vitaminas, etc., cuya tradición de uso está muy extendida en países centro europeos.

Hablando de la proyección a futuro, ¿está trabajando el sector para acceder a los fondos *Next Generation* de la Unión Europea? ¿Qué podrían aportar los mismos?

Pueden ayudar al sector a la hora de fabricar sus productos de una manera mejorada y más inteligente, que sería todo lo relacionado con las *smart factories*. En el caso de los fondos *Next Generation*, estos ya hablan de digitalización, lo que nos permitirá ser más eficientes en nuestros procesos, pero también una comunicación más rápida y ágil. Otro elemento es la sostenibilidad, que va a estar en la agenda tanto europea como española en los próximos años. Por lo tanto, estos fondos son dinamizadores de la agenda productiva, y nos ayudan a ser una industria más moderna más sostenible, más verde y digital.

En sostenibilidad e innovación, ¿cuáles serían las líneas de mejora?

Continuar trabajando en la línea de las *smart factories*. Ser eficientes, ser una industria que consuma menos recursos



y lo más respetuosa posible con el medio ambiente. Por ejemplo, contando con flotas de automóviles y de logística más respetuosas con el medio ambiente. A nivel de sostenibilidad, el sector está especialmente comprometido en la reducción de envases que no sean amigables con el medio ambiente, es decir, reducir el uso de plásticos, por productos que puedan ser reciclables. Esto no es tan sencillo, porque los medicamentos están registrados con un tipo de envase determinado y, si lo cambiamos, hay que asegurarse de que se conserva igual, que sigue siendo eficaz, etc. No es cambiar una cosa por la otra de un día para otro, pero sí existe ese compromiso

El sector del autocuidado es, sin duda, un sector muy dinámico a la hora de ofrecer soluciones

firme tanto a nivel europeo como a nivel español en este sentido.

¿Y qué puede aportar ANEFP a la digitalización de la oficina de farmacia?

ANEFP ha instaurado un programa sobre la digitalización de la farmacia. Una de las cosas que ha provocado la pandemia es un aumento de demanda digital por parte del ciudadano, y la farmacia no puede ser ajena a esto. Por lo tanto, tampoco lo puede ser el sector del autocuidado. Pero no queremos reducir la digitación al *eCommerce*, queremos profundizar en cómo podemos utilizar las redes sociales para hablar con el ciuda-

dano y la farmacia. Para ello, en ANEFP tenemos un comité que trabaja la agenda digital y, dentro de la misma, la agenda digital de la farmacia. El objetivo es que no haya brecha digital entre las farmacias, independientemente de su tamaño.

Dando más pasos en digitalización, ¿deberían estar los medicamentos de autocuidado en la receta electrónica?

Solemos cometer el error de pensar que receta y prestación es lo mismo. El tema es que, si hablamos de plan terapéutico único, en este tiene que estar todo lo que toma el paciente. Por ejemplo, si el paciente toma antitusivos, estos no están en la prestación, pero el médico debe poder prescribirlos. Por tanto, que estén en la receta electrónica es un elemento clave.



ENTREVISTA Jaume Pey

Así, no solo deberían estar los medicamentos no sujetos a prescripción, sino que deberían estar todos los productos de autocuidado. Hay que tener en cuenta que el paciente puede estar tomando, por ejemplo, una fibra vegetal o unas vitaminas que pueden interactuar con otros tratamientos. Hay que distinguir la receta del plan terapéutico, donde tanto el profesional de Medicina, de Enfermería o de Farmacia pueda ver qué está tomando el paciente.

¿Cómo va su implementación en este momento?

Ya hay 13 comunidades autónomas donde se pueden prescribir electrónicamente los medicamentos no sujetos a receta médica. Pero tenemos que ir un paso más allá. Tenemos que incluir todos los productos de autocuidado en la receta electrónica y en su base de datos. Lo cual no significa que pidamos prestación, sino que, aún sin prestación, figuren igualmente en la receta electrónica. Además, teniendo en cuenta que la receta electrónica ya es interoperable entre comunidades autónomas, no puede ser que en unas figuren medicamentos no sujetos a receta médica y en otras no, porque entonces estamos perdiendo esa interoperabilidad. Por último, hay que tener en cuenta que profesiones como la Enfermería, que puede indicar este tipo de medicamentos, también necesitan que estén en la receta electrónica.

En las CC. AA. en las que ya se ha implantado, ¿se ha mejorado también la información sobre estos fármacos para médicos y farmacéuticos?

Efectivamente, a los profesionales de Atención Primaria les es extremadamente útil. Porque si estos medicamentos y productos

no aparecen en sus sistemas, para ellos es como si no existieran. El que estén en una base de datos es un valor añadido, porque no hay que olvidar que estamos hablando de un total de 75.000 medicamentos y productos, por lo que es imposible conocerlos todos a fondo. Pero sí es importante tener acceso a la información de aquellas categorías que se utilizan con más frecuencia.

¿Cuáles son, entonces, los retos de formación para los colectivos profesionales responsables de la recomendación de estos tratamientos?

Actualmente tenemos un convenio con la SEMG, con el objetivo de que el médico pueda acceder a la formación e información de estos productos, conocerlos mejor, saber cómo actúan y tener la opción de incluirlos en el plan terapéutico, si toma esa decisión.

¿Se ha sumado entonces ANEFP a este nuevo entorno de formación online para los profesionales?

Lo hemos aprovechado sobre todo con la farmacia. Como ejemplo, con el Consejo General de Farmacéuticos hicimos una formación *on-line* sobre los productos de autocuidado. Es seguramente el sector en el que tengamos este tipo de formaciones más desarrolladas. Ahora, tanto con SEMG como con el Consejo General de Enfermería, estamos intentando diseñar programas de forma conjunta. Estamos en una etapa más de desarrollo en este sentido.

Hablando de la Atención Primaria, ¿qué papel puede tener el autocuidado en la

crisis actual de la Atención Primaria?

Tenemos una Primaria tensionada, que va a empeorarse con las jubilaciones que están por llegar, por la falta de profesionales. Sabemos que casi un 70 por ciento de las consultas de Atención Primaria son de síntomas menores. Por lo tanto, con un ciudadano más formado en autocuidado, cuando realmente no sea necesario, no acudirá a la consulta. En este contexto, tenemos mucha capacidad de mejorar el tiempo disponible por paciente para los profesionales. Tenemos un rol importantísimo y, es cierto que no somos la solución, pero sí somos una parte de esta.

Precisamente sobre estos síntomas menores, actualmente muchos tienen que ver con la COVID persistente, sobre la que ANEFP acaba de participar en un consenso, ¿por qué surge el mismo? ¿Qué papel tiene el autocuidado en este contexto?

Desde ANEFP hemos dado a conocer que hay una serie de productos que actúan sobre esta sintomatología leve y, por tanto, mejoran el día a día de estos pacientes. Con este informe, en concreto, lo que hemos trabajado es llegar a un consenso con profesionales de la Medicina, la Enfermería y la Farmacia,

con el objetivo de que no queden pacientes por identificar y tratar. Siempre teniendo en cuenta que en nuestro sector nos movemos en sintomatología leve, que es una parte de

los pacientes con COVID persistente. Por tanto, nuestros productos pueden ayudar a mejorar su calidad de vida.

Y más allá de la COVID persistente, también ha empeorado la percepción de salud en cuanto a ganancia de peso, más ansiedad, etc., ¿qué puede hacer la industria del autocuidado al respecto?

Ya hay 13 comunidades autónomas donde se pueden prescribir electrónicamente los medicamentos no sujetos a receta médica



anefp

Autocuidado de la Salud

En este contexto, el sector lo primero que puede hacer es aportar información veraz y adecuada al ciudadano. Lo segundo es proveer de buenos medicamentos y productos para ayudar a esta sintomatología. Por ejemplo, tenemos medicamentos y productos, siempre hablando de síntomas leves y moderados, que ayudan en procesos de ansiedad, dolores de cabeza, inducción del sueño, complementos alimenticios, etc. El sector, además, puede seguir innovando en esta línea para ofrecer más alternativas. No hay que olvidar que el autocuidado plantea cada mes más de 600 novedades, que pueden ser totalmente innovadoras o a veces formatos diferentes. Pero, sin duda, es un sector muy dinámico a la hora de ofrecer soluciones.

Sobre la necesidad de formar a la población, los datos indican que en 2021 aumentó la automedicación en España, ¿es necesario seguir trabajando en

formar en una automedicación responsable?

Nunca hablamos de automedicación, sino de autocuidado. Siendo así, la palabra cuidado implica responsabilidad. Para ello, es cierto, que es vital tener educación y formación en salud. Desde ANEFP, creemos que incluso en las escuelas sería recomendable tener un itinerario en el que se hable de autocuidado. Esta formación es clave para tomar los

Nunca hablamos de automedicación, sino de autocuidado. Siendo así, la palabra cuidado implica responsabilidad

productos de forma adecuada, con una indicación correcta y evitando posibles combinaciones inadecuadas. Muchas veces el problema no es la falta de responsabilidad, sino la falta de acceso a una información veraz y contrastada. Además, desde la industria seguimos trabajando por cuidar la publicidad, mejorar los prospectos y ofrecer sistemas digitales para ofrecer información extra al ciudadano. Pero no podemos hacerlo solos, también tienen un papel no solo los colegios, sino espe-

cialmente los médicos o los farmacéuticos y otras profesiones sanitarias.

El problema es que la información que le llega al usuario a veces es errónea, ¿qué papel tienen nuevas figuras, como la de los 'influencers'?

El control de la red es muy difícil, y cualquier persona con seguidores puede ser un influencer. Es un espacio muy atomizado. Lo que podemos hacer desde la industria es trabajar con influencers de referencia, que sepan realmente de lo que están hablando. Por su parte, en términos de salud, los influencers deberían trabajar en códigos de ética como sector y se deberían perseguir las malas prácticas en este sentido. Desde la industria los hemos definido como un target más, por eso en nuestras jornadas trabajamos con influencers de salud, muchos de ellos profesionales sanitarios, que realmente conocen el sector y hacen un trabajo muy importante. Así, a través de estos, también tratamos de atraer un poco a otros influencers, como elementos de formación y atracción para mejores prácticas ■





Los profesionales sanitarios españoles ayudan a los refugiados ucranianos

La invasión de Ucrania ha movilizado a muchos profesionales sanitarios españoles que prestan asistencia fuera y dentro de nuestras fronteras

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | SAMU/G. MARAÑÓN

REPORTAJE

Los profesionales sanitarios españoles ayudan a los refugiados ucranianos



Hace casi un mes que empezó la invasión de Ucrania por parte de Rusia y son ya millones los refugiados que han salido de su país huyendo de la guerra. Muchos de ellos son atendidos en los puestos de emergencias situados en los puestos fronterizos, como es en el que trabaja el equipo formado por Juan Rodríguez Villalobos, médico de Prehospitalaria; Andrés Rodríguez Holst, Clara Ávila Pascual y Miguel Ángel López Figuerola, enfermeros de Urgencias, y Carmina Casal Ruíz, técnico en Emergencias Sanitarias, perteneciente a SAMU Sevilla. Este grupo de profesionales sanitarios pertenece al EMT, una iniciativa de la OMS para certificar equipos que responden en situaciones de crisis. Este equipo está situado en la frontera entre Ucrania y Rumanía. Los refugiados abandonan su país a través de un ferry.

Según han explicado a EL MÉDICO, las patologías más comunes que atienden son crisis hipertensivas, incluso en niños, asociadas a crisis de ansiedad y a ataques de pánico.

“La carga emocional que tiene la persona cuando se monta en el ferry y llegan aquí es enorme, el concepto de dejar tu casa atrás

genera mucha angustia y eso se traduce en que vemos niños con crisis hipertensivas, crisis de ansiedad y ataques de pánico. Esto mismo se reproduce en los adultos. Sobre todo las que llegan son mujeres y personas mayores”, ha indicado Juan Rodríguez.

Atención personal

El flujo de refugiados varía en función de los días. “Los primeros días que estuvimos aquí, el ferry venía completo, con una media de una entre 300 y 600 personas, pero no todas necesitan asistencia sanitaria. Los dos últimos días se ha reducido el número, sobre todo por problemas al otro lado de la frontera que no les permitían salir. En esos días estaban llegando entre 100 y 300”, detalla Rodríguez, quien añade que “los ancianos son los más débiles, vienen descompensados, porque en la mayoría de los casos tardan varios días en cruzar la frontera y no tienen suficiente medicación para sus patologías”.

Por eso, en la medida de lo posible, lo que intentan hacer en el puesto de Emergencias es que las personas mayores salgan con su con su tratamiento de base. “Si por

algún motivo, indica el facultativo, no tenemos los medios para mantenerlo o nosotros no los podemos estabilizar aquí, los mandamos al hospital. Pero lo hemos tenido que hacer pocas veces”.

Apoyo asistencial

El sistema sanitario de Rumanía, al que está dando apoyo el equipo sevillano, presenta ciertas diferencias con el español en cuanto a los profesionales que trabajan en las ambulancias. En ellas no van médicos, la atención la prestan los paramédicos. Por eso, atienden solo patologías livianas. Si necesitan un médico, los pacientes se trasladan al hospital.

Juan Rodríguez ha comentado que ellos les echan una mano siempre que pueden para que las personas ucranianas que llegan a Rumanía no tengan que trasladarse al hospital, ya que el más cercano está a unos 30 km del puesto de emergencias fronterizo.

Sistema sanitario

En este contexto, Andrés Rodríguez ha indicado que el sistema sanitario de Ru-

manía funciona y las estructuras están intactas. “Lo que hemos hecho ha sido integrarnos en puestos avanzados y periféricos. A su sistema habitual hemos añadido más personal y recursos para poder apoyar, y que los hospitales sigan haciendo sus labores del día a día, estamos descongestionando la asistencia a los refugiados”, ha detallado el enfermero.

Solidaridad

Las muestras de solidaridad con Ucrania y con los refugiados se suceden desde las

distintas instituciones. Nada más empezar este desastre humano, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) se puso en contacto con el Gobierno de España, a través de sus ministerios de Sanidad, Defensa y Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, para ofrecerles su ayuda y, dada su experiencia en situaciones de emergencia, colaborar con las necesidades de asistencia médica urgente derivadas de las consecuencias de la guerra en Ucrania. “Ofrecemos nuestro apoyo y asesoramiento para todo aquello que se estime necesario, en lo referente a

todos los ámbitos de conocimiento de Urgencias y Emergencias”, ha manifestado Tato Vázquez Lima, presidente de SEMES.

Atención a refugiados en España

En esta misma línea se ha posicionado el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid que ha apoyado el dispositivo de emergencia sanitaria de ayuda a Ucrania. Según su presidente, Manuel Martínez-Sellés, “nuestra ayuda tendrá dos vertientes. La primera es apoyar el acceso a la salud de los refugiados, incluyendo vacunación,

NIÑOS CON CÁNCER CONTINÚAN SU TRATAMIENTO EN ESPAÑA

Diomid padece una inmunodeficiencia combinada severa y ha recibido un trasplante de médula, circunstancias que requieren altas dosis de medicación inmunosupresora de la que se derivan complicaciones que precisan una asistencia constante por parte de diversas especialidades médicas. Diomid está ingresado en el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid.

Tanto él como su madre Katarina, vivían en Zaporiyia, pero Diomid recibía sus tratamientos en Kiev. Su situación cambió con la invasión rusa. Estuvieron refugiados en los sótanos del hospital donde se trataba durante seis días.

Su medicación se terminó y Diomid solo podía recibir medicación oral, no había fármacos inyectables y no se le podía hacer el seguimiento analítico correspondiente.

Ante esta situación, a Diomid no le quedaba más remedio que salir de su país para poder seguir con su tratamiento. Una ONG organizó esta salida en autobús con los pequeños más graves.

La decisión de abandonar su país fue muy difícil, cuenta Katarina, que emprendió el viaje hasta España con su marido y su otra hija.

Los cuatro llegaron en un avión militar hasta Madrid, donde la Consejería de Sanidad dispuso que cuatro hospitales se hicieran cargo de la atención de estos niños.

El Hospital Gregorio Marañón habilitó un circuito especial para recibir a los cinco niños y sus familias, realizar todas



las pruebas pertinentes y hacer una valoración del estado de salud de los pequeños.

Diomid permanece ingresado desde el día 11 de marzo en el Hospital Gregorio Marañón, su situación es estable y le están realizando diversas pruebas para ajustar su tratamiento y poder mejorar su situación.

Su estado anímico es bueno, ya dice “hola” y “adiós” en español, y le gusta jugar con elementos de construcción.

Katarina y el resto de la familia también se encuentran bien y quieren expresar su agradecimiento, además de mandar un mensaje a sus compatriotas, “no tengan miedo si tienen que refugiarse fuera, les acogerán muy bien”.



REPORTAJE

Los profesionales sanitarios españoles ayudan a los refugiados ucranianos



servicios médicos y apoyo psicológico. La segunda ofrecer la provisión de equipamiento médico, de medicamentos y de acciones de voluntariado en Ucrania o en sus países vecinos, donde se encuentran la mayoría de los refugiados”.

Testimonio de médicos ucranianos

Entre los colegiados madrileños hay varios ucranianos que han relatado así lo que se está viviendo en su país. Zoryana Nikolaychuk ha alertado sobre la escasez de medios en diferentes ciudades asediadas, lo que impide a los profesionales sanitarios atender a la población que está refugiada en bunkers, sótanos y estaciones de metro. A esto hay que sumar la falta de suministros, de agua, alimentos... lo que hace que se viva en condiciones poco saludables.

Por su parte Sofia Gunko, médico de Cruz Roja, se ha referido al deterioro que están sufriendo las infraestructuras hospitalarias de su país, algunas de las cuales han sido objetivo directo de los bombardeos rusos.

Según ha relatado, la mayor parte de estas han sido destruidas y las que aún

quedan en pie tienen falta de medicinas y material quirúrgico. “En estos momentos son ya 81 los hospitales bombardeados, 5 médicos fallecidos y 10 gravemente heridos. Necesitamos que otros colegas nos ayuden”.



Otro de los problemas en Ucrania son la falta de médicos para atender a los heridos y a las personas que tienen que atender normalmente. Olena Mikhova ha trasladado un mensaje de un médico de Odesa que trabaja en un hospital infantil. “Dice que necesita ayuda urgente para poder sobrevivir y atender a todos los heridos. El problema es la logística, no podemos acceder a bases centrales donde están bombardeando. Necesitamos un vehículo para llegar allí y llevar y repartir el material que solicitan”, ha afirmado la médica ucraniana.

En estos días España se ha preparado para atender a los refugiados que llegan a nuestro país, donde la vacunación frente al COVID-19 es una acción que están llevando a cabo en los distintos centros sanitarios. A muchos de los refugiados ucranianos les faltan alguna de las dosis para completar la pauta completa ■

Nota. Este reportaje se cerró en redacción con fecha 21 de marzo

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.





Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Distrito Sanitario de Atención Primaria

Aljarafe - Sevilla Norte



El mayor potencial
de la AP
en España
son sus
profesionales

Luis Gabriel Luque Romero

Presidente del comité científico del XXII Congreso de la SEDAP

Texto | N. Lauzirika

Fotos | SEDAP



“El mayor potencial de la AP en España son sus profesionales”

Doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, responsable de la Unidad de Investigación del Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte del Servicio Andaluz de Salud y profesor asociado de la Universidad de Sevilla en la Facultad de Medicina, Luis Gabriel Luque Romero es el presidente del comité científico del XXII del Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Primaria (SEDAP) que se celebrará del 8 al 10 de junio en Sevilla bajo el lema “El futuro es ahora”. En la entrevista con la revista EL MÉDICO deja muy claro que la Atención Primaria en España es una de las más potentes de nuestro continente “y que su mayor potencial son los profesionales”.

Con la pandemia COVID llamando a la puerta de salida, ¿es previsible que su paso a endemia sea un nuevo reto, sobre todo para la AP?

Todo lo relacionado con COVID-19 es un reto por el momento. Ahora estamos integrando las nuevas actividades relacionadas con la enfermedad: realización de test de antígenos para un diagnóstico temprano, tanto a nivel de población general como en residencias de mayores y centros educativos. La atención a la enfermedad por SARS-Cov 2 también supone un reto en cuanto a la mayor morbilidad en grupos de riesgo y la valoración de las secuelas. Y por supuesto, mantener las coberturas vacunales suficientes para garantizar la protección a la ciudadanía, centrada igualmente en poblaciones de riesgo. Por otro lado, no podemos olvidar la actividad más propia de AP que se ha visto retrasada por la sobrecarga asistencial que han supuesto las seis olas de la pandemia. Ahora es el momento de recuperar las bases de la AP: promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y sobre todo el

seguimiento a los pacientes crónicos complejos.

Vista la encrucijada de la AP en esta pandemia (asistencia telefónica, retraso de consultas, demora en el tratamiento a crónicos y pluripatológicos, dificultad para conectar con personas mayores...), ¿cuáles son desde la SEDAP los retos de la adaptación de la AP en España?

La AP en España es una de las más potentes de nuestro continente y su mayor potencial son los profesionales que han sufrido mucho en estos meses de pandemia, y quizás el mayor dolor ha sido que se ha pensado que los centros de salud estaban cerrados, cuando no era así. La consulta telefónica que estaban haciendo los médicos ha resuelto muchos problemas a la ciudadanía y se va a mantener, pues es demandada por la población activa. Por tanto, ya tenemos un aspecto que supone una adaptación a la era de las tecnologías. Otros sistemas implantados para enviar documentos a los usuarios, como resultados de analíticas y otras pruebas diagnósticas, partes de baja y renovación de tratamientos, también se van a mantener. A la vez hay que dar un cambio, en cuanto a que el ciudadano conozca y participe de su enfermedad para ser más autónomo en su control, y para ello debemos invertir más tiempo en aquellos pacientes más crónicos. La actividad sanitaria en residencias de mayores es una de las grandes asignaturas pendientes y hemos aprendido que debemos ofrecer una mejor asistencia; para ello hay iniciativas en cuanto a unidades específicas de residencias lideradas por enfermeras. Otra es la figura de la enfermera referente escolar que ha gestionado los brotes de

COVID en la pandemia y que cuando esta ceda se centrará en la atención a los niños con necesidades especiales y a la promoción de la salud en el ámbito educativo. La Salud Pública es otro aspecto que va a tener un lugar predominante en la nueva AP, pues cada vez hay mayor riesgo de alertas como en los últimos tres años, con la crisis de salud pública por listeriosis y fiebre del Nilo, que ha coexistido con la pandemia por COVID en Andalucía.

Para su congreso de junio en Sevilla proponen el lema “El futuro es ahora”. Si es así, ¿cuáles son las necesidades que hay que cubrir en el futuro, o sea, ya mismo?

La cuestión esencial es que podamos garantizar el número de médicos necesarios para ofertar una atención de calidad. Para ello, no solo debemos adaptarnos la organización sanitaria, sino también la población. Los sistemas de salud públicos deben orientarse a ser atractivos

La cuestión esencial es que podamos garantizar el número de médicos necesarios para ofertar una atención de calidad

para las nuevas generaciones de médicos y ofrecer mayor estabilidad en los contratos. La población que atendemos es cada vez mayor y en consecuencia cada vez más dependiente, con mayores necesidades de atención médica y cuidados enfermeros. Por otro lado, la mayor movilidad de la población por causas recreativas y por migraciones de cualquier origen (guerras, hambrunas, etc.) son un reto para la atención sanitaria en España. Por tanto, hemos de ser conscientes de que la AP que tenemos es de todos y debemos esforzarnos en cuidarla, haciendo un uso razonable de los servicios. A partir de aquí, todo es posible.

Los sanitarios dicen que muchos problemas de salud que se les presentan tienen una deriva socioeconómica para

ellos inabordable y, viceversa, los técnicos sociales de los municipios reconocen que hay un aspecto sanitario que se les escapa. ¿Qué habría que innovar para que la atención sociosanitaria fuera más integradora?

La mejor solución a esta cuestión es ver al individuo en su globalidad, como dice la definición de la Medicina de Familia y Comunitaria: “la atención al individuo debe hacerse teniendo en cuenta las esferas biológica, psicológica y social, sin olvidar el medio ambiente en el que viven”. Debido a ello, hay estados de salud que tienen su origen en las circunstancias que el individuo está viviendo en ese momento. Por ello, la colaboración entre los distintos agentes es esencial: sanitarios, trabajadores sociales, corporaciones locales, asociaciones de vecinos y asociaciones de pacientes tienen un papel clave en el diagnóstico y gestión de todo ese entorno que influye en la vida y la salud de las personas. Si a todo esto se le añade mayor inversión presupuestaria tanto en Sanidad como en servicios sociales, los gestores de ambos sectores trabajando conjuntamente podrán aportar mucho para una atención más global y eficiente.

Hasta ahora han estado muy claras las funciones de cada grupo de sanitarios en AP, pero ante la aparición de pandemias, ¿la escasez de ciertos profesionales podría abocarles a la SEDAP y al sistema sanitario a plantearse nuevos roles profesionales?

De hecho, este es el título de una de las mesas del congreso. Tenemos, o teníamos, una AP en la que la mayoría de las consultas del usuario terminan en la consulta del médico, cuando hay otros profesionales que están mejor capacitados para de-

terminadas tareas. La enfermería en este nivel asistencial es clave y así lo han demostrado durante la pandemia. Veremos qué nos ofrecen los ponentes de la mesa en el congreso.

El nivel de tecnología a utilizar en AP es siempre discutido. ¿Creen desde la SEDAP que debiera de incidirse más en tecnología en AP en lugar de derivar tanto a hospitales?

La atención al individuo debe hacerse teniendo en cuenta las esferas biológica, psicológica y social, sin olvidar el medio ambiente en el que vive

Los sistemas de salud más fuertes son aquellos con una AP más resolutoria y eficiente. Por tanto, debemos dotar a la AP de aquellas herramientas que faciliten la capacidad de resolución y ya hace años que se está tra-

bajando en esta línea. Por ejemplo, con la realización de ecografía clínica por el médico de familia, la oferta de radiología en los centros de salud cabecera, los *Point of Care test* en los puntos de urgencias avanzados e incluso en las ambulancias, lo que permite hacer una analítica diagnóstica en la cabecera del paciente en su domicilio. Es nuestra responsabilidad y obligación ofrecer la mejor atención a los pacientes evitando desplazamientos innecesarios. Además, debemos ser muy exigentes en el trato a los pacientes en situación terminal, pudiendo llevar a cabo en domicilio técnicas como paracentesis guiadas por ecografía, evitando el desplazamiento a los hospitales para llevar a cabo la misma.

Todas las cuestiones que le planteo hasta ahora son para toda España, pero evidentemente la gestión la realiza cada

Comunidad Autónoma. ¿Serán capaces de compartir los proyectos exitosos que haya tenido una Comunidad Autónoma?

Compartir los proyectos exitosos y poder trasladarlos a otras realidades es el objetivo de cualquier congreso, especialmente el de la SEDAP. De todas formas, durante el tiempo de pandemia, todas las comunidades hemos trabajado siguiendo un único protocolo marcado por el Ministerio de Sanidad y eso ha ayudado mucho en la coordinación. En los resultados ha influido mucho la situación previa de la AP en cada comunidad. Lo que se ha demostrado es la gran capacidad de trabajo y el gran compromiso de los profesionales sanitarios y aquí, incluyo a celadores, administrativos, que también han colaborado codo con codo con sus compañeros. La redefinición de tareas ha sido consecuencia de un gran liderazgo por parte de los gestores.

En la salud necesariamente debe de tomar parte el paciente. ¿Es así? ¿Tienen algún diseño para integrar la visión del paciente en la atención que se presta en Atención Primaria?

Tras la pandemia, la AP está más preparada para dar respuesta a grandes necesidades sanitarias. Ahora nos toca afianzar y dar prioridad a la actividad que quedó en un segundo plano

El paciente tiene un papel principal en su estado de salud o enfermedad. Este hecho es tan relevante que ya la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,

ya garantiza este derecho. Para que un paciente adopte un papel activo en la gestión de su enfermedad, la información y la toma de decisiones compartida son esenciales. Es en esta línea en la que se están asumiendo más esfuerzos por parte de los profesionales. Por una parte, para abandonar la actitud paternalista que nos ha impregnado a muchas generaciones de profesionales y,



por otra, para que los pacientes en general comprendan la importancia y asuman nuevas responsabilidades en la autogestión de la enfermedad. Sabemos que es un proceso a medio plazo y no exento de esfuerzos, pero al final lo conseguiremos. El paciente debe conocer su enfermedad y tomar parte activa. En la atención a la cronicidad en Andalucía desde hace muchos años se trabaja en los planes de acción personalizados en los que el paciente y el cuidador tienen un papel proactivo, tomando decisiones y asumiendo compromisos, además de conociendo los síntomas que pueden indicarle que está ante una reagudización y qué tratamiento debe hacer. Si entramos en el terreno de la ética, se contemplan las voluntades vitales anticipadas y la ley de eutanasia. Debemos abandonar la Medicina paternalista porque en ella privamos al paciente de sus derechos a decidir sobre su vida.

Tras la pandemia, desde la ciudadanía vemos a los sanitarios cansados, un tanto escépticos, incluso poco considerados, poco prestigiados. ¿Disponen de resultados y encuestas que reflejen la realidad de los sanitarios para encarar este futuro que es hoy?

La pandemia ha significado un estrés desmedido y mantenido para todos en general y para los sanitarios en particular. Los esfuerzos por mantener el estado de salud de la población a pesar de las 6 olas vividas han llevado a los profesionales a un estado de cansancio-agotamiento y en muchos casos al burn-out. Recuperar la situación pre-pandemia es complicado, pero el apoyo por parte de los servicios de salud adecuando las plantillas a las necesidades de la población, y la comprensión de las personas a las que atendemos, ayudarán a sobrellevar este proceso. Parte de la sociedad pensaba que la pandemia había acabado y los sanitarios

sabíamos que no debíamos bajar la guardia porque todavía podíamos contagiarnos, como así fue en las sucesivas olas, y era fundamental contar con los profesionales suficientes para poder seguir prestando atención. En algunos

momentos los profesionales han sentido la pérdida del afecto por parte de sus pacientes, lo que aumentaba el desasosiego en medio de una crisis sanitaria prolongada. Sin encuestas, la situación actual es que hay profesionales que han abandonado su profesión por estrés laboral continuado en estos años y por situaciones personales. Ahora estamos en la fase de reinventarnos, volver a establecer alianzas con la población a la que atendemos, mirar al futuro con la esperanza de que lo aprendido durante la pandemia se aplique en nuestro sistema sanitario, mejore la asistencia y haga la vida un poco más fácil a todos.

¿Podemos asistir a una situación de precariedad en el número de sanitarios que quieran acceder a las diferentes áreas de AP? ¿Se puede evitar un posible colapso solo con dinero?

Mucho me temo que solo el dinero no es suficiente. Los médicos y enfermeras que elegimos la Atención Primaria por vocación debemos recuperar la visión atractiva de la misma. Durante la pandemia, no hemos podido realizar, en gran medida, actividades de prevención y promoción de la salud, la atención al paciente crónico, la atención domiciliaria, etc.; esto nos ha generado un estado de insatisfacción con el trabajo que se hacía cada día. Recuperar estas actividades puede devolvernos el atractivo de trabajar en este nivel de salud, ya que son muy gratificantes y motivadoras para nosotros.

Los sistemas de salud más fuertes son aquellos con una AP más resolutive y eficiente

La AP tiene su campo fuera de la consulta del médico: en el domicilio, en los centros de mayores y en la comunidad. En este nivel, atendemos a toda la familia y a toda la comunidad y es en ese trato cercano donde más podemos aportar y más nos pueden aportar. Es cuando se analiza la situación de salud de un municipio con las asociaciones de vecinos y corporaciones locales estableciendo medidas para mejorar, por ejemplo con algo tan simple como la definición de una ruta para pasear los mayores en el seno de la Red Local de Acción en Salud (RELAS) que se trabaja en Andalucía, lo que nos hace sentirnos más útiles e integrados en nuestra comunidad.

Muchos sanitarios de AP a estas alturas de la COVID describen el desarrollo de la pandemia como imprevisible. ¿Desde la SEDAP creen que sean cuales sean los derroteros que tome, o si aparece una nueva, la AP está mejor preparada que en marzo de 2020?

Pase lo que pase, la AP está mejor preparada para dar respuesta a grandes necesidades sanitarias que antes de la pandemia. Hemos organizado nuevas tareas, circuitos, hemos aprendido a trabajar en equipo y a colaborar con otros estamentos, organizaciones. Nos ha puesto a prueba y hemos salido airoso, ahora nos toca afianzar todos los conocimientos aprendidos y priorizar la actividad que quedó en un segundo plano ■

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



SOMOS **información**



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



Hemos
de controlar
el uso inadecuado
de antibióticos
para evitar la aparición de
superbacterias

Gorka Orive

Profesor titular de la Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco

Texto | N. Lauzirika

Foto | EL MÉDICO



“Hemos de controlar el uso inadecuado de antibióticos para evitar la aparición de superbacterias”

Gorka Orive es profesor titular de Biofarmacia y Farmacocinética y Farmacia Genética del Departamento de Farmacia y Ciencia de los Alimentos de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Investigador del grupo NanoBioCel del Laboratorio de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la UPV/EHU, Gorka Orive es miembro a su vez de la plataforma CIBER-BBN (Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina), al tiempo que ejerce la docencia en la *University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology–UIRMI* (UPV/EHU–Fundación Eduardo Anitua).

La Academia Iberoamericana de Farmacia, que ha creado seis premios destinados a estimular la vocación farmacéutica y recompensar los méritos científicos de investigadores, le ha premiado en esta edición de 2022 por su labor comunicadora durante la pandemia. Orive es firme partidario de seguir investigando en nuevas plataformas que puedan hacer frente a futuros desafíos patógenos biológicos o a una hipotética resistencia a los antibióticos: “esto nos crearía otro problema. Sinceramente pienso que hay que intentar evitar que haya nuevas amenazas. Para mí, el concepto de “Una sola Salud” (en inglés, *One Health*) es muy importante para que la humanidad se plantee convivir con su entorno de una manera sostenible”, explica con contundencia.

¿Podemos dar por amortizada la pandemia de COVID-19?

Pronosticar el futuro en esta pandemia básicamente es imposible. La mayor parte de los que lo han hecho no han acertado, por lo que no me voy a sumar a esos pronósticos. Todo parece indicar que con ómicron la situación es un poco diferente, sobre todo porque la tasa de vacunación es elevada y a pesar del riesgo que tiene la variante para los no vacunados, estamos llegando, en líneas generales, a un punto de poder tolerar la situación que tenemos y hacerla endémica. Esta es

la situación actual bajo el prisma buenista. Porque el riesgo de que aparezca una nueva variante nunca se puede descartar, no una de las que conocemos, sino otra nueva. ¿Por qué? Porque la vacunación a nivel global es mucho menos del 60 por ciento de la población mundial y, por otra parte, porque en las personas inmunodeprimidas, en muchos casos, se produce mayor riesgo de mutación del virus.

¿Es previsible que la pandemia pronto evolucione a endemia? ¿Cuál puede ser la evolución más probable del virus, a más contagioso, pero menos fatídico ...?

Los expertos dicen que va a ser una situación endémica, que el virus convivirá con nosotros. Pero endémica no significa que ya no haya ningún problema o que no pueda haber nuevas oleadas ligadas a que aparezcan otras variantes y cambie la situación. Hasta el momento ha habido oleadas, tanto en invierno como en verano, aunque es cierto que la tasa de vacunación era diferente. En tanto en cuanto haya variantes menos virulentas y muy infectivas irá aumentando la inmunidad híbrida, natural de respuesta más vacunación y, lógicamente, será cada vez más difícil para el virus infectar a más gente. De todos modos, con este virus

siempre tendremos más riesgos en épocas invernales, porque es cuando más uso hacemos de los espacios cerrados.

En Europa las cifras de vacunación son muy elevadas, pero en América Latina los vacunados están en el 35 por ciento y en África no llegan al 17, ¿con estos datos podemos pensar que la pandemia ha desaparecido?

La pandemia en algunos países sigue estando muy incipiente y, en otros, como el nuestro, con tasas de vacunación superiores al 85 por ciento, se está yendo a una situación de convivencia con el virus. Es la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien tiene que valorar, aún no lo ha hecho, cuándo se podrá considerar que la situación de riesgo ha finalizado. Entonces nos podremos relajar algo más. Pero hasta que esto llegue tendremos que estar atentos y vigilantes ante el virus, sin bajar en ningún momento la guardia.

Las vacunas actuales están demostrando su eficacia en los casos graves y en evitar fallecimientos, pero ¿para cuándo las vacunas que sean esterilizantes y eviten los contagios?

¡Ojalá que sea pronto!, pero todavía no estamos en esa tesitura, y ya no sé si por la dinámica de esta pandemia tendrá que ser para la siguiente que nos llegue. Es verdad que se está intentando trabajar en vacunas que generen inmunidad en la mucosa nasal y que eso afecte al grado de infección, por lo tanto que se evite esa infección, bien sea por vacunas intranasales o por espray. Eso sería un

La humanidad tiene que plantearse convivir con su entorno de manera sostenible

paso fundamental, pero si no llega ahora sería deseable que se continuara trabajando en ello para que se tuvieran las plataformas listas en caso de que haya futuras amenazas.

¿El futuro de las vacunas van más por las de tipo RNAm o por el de vacunas con el patógeno completo atemperado o por la inoculación de algunos componentes antigénicos concretos? ¿o convivirán todas ellas?

Lo ideal sería tener muchas plataformas. Igual el siguiente desafío biológico con patógeno no se ajuste específicamente bien a un tipo de vacuna u otra, entonces lo ideal es seguir desarrollando plataformas basadas en vectores viales, en proteínas, que son vacunas más parecidas, y desde luego en la plataforma RNA mensajero que estamos viendo que está dando unos resultados de seguridad y efectividad muy elevados.

¿Es previsible que vayamos hacia una vacunación anti-COVID estacional, al menos para mayores, personal sanitario y de riesgo?

Los pronósticos, repito, son complejos de determinar. Pero, quizás, sí que habrá que observar que las personas de mayor riesgo que sufren ya una enfermedad, las más ancianas o aquellas que tengan comorbilidades que les hacen tener una respuesta inmune más débil tendrán que ser vacunadas de forma estacional. Aunque tal vez para el resto de personas con las dosis existentes en la actualidad y, además, con ese gran porcentaje de vacunación que es híbrida, que tiene vacuna y ha pasado la infección no sea necesario.

Vista la rapidez de la respuesta científica ante el reto de conseguir una vacuna contra el SARS-CoV2, ¿podemos ser optimistas ante una nueva posible y probable situación de pandemia vírica o bacteriana?





ENTREVISTA Gorka Orive

Sería diferente una pandemia vírica o bacteriana. Pero quién sabe cuál será la siguiente amenaza. Si la próxima amenaza es otro virus, las vacunas que tenemos ahora no valen y habrá que desarrollar otras nuevas, porque las vacunas que valen ahora actúan solo sobre el SARSCoV-2

y esa familia de coronavirus. Por otro lado, si el siguiente desafío es la resistencia a los antibióticos contaremos con otro problema. Lo que creo, sinceramente, es que debemos de intentar evitar que haya nuevas amenazas. Para mí, el concepto de “Una sola Salud” (en inglés, *One Health*) es muy importante para que la humanidad se plantee convivir con su entorno de una manera sostenible.

¿Aboga por mantener *sine die* como obligatorio el uso de mascarillas en interiores?

Depende de cuál sea la situación epidemiológica. Si la prevalencia del virus en nuestra comunidad es muy bajita y la incidencia de infecciones cae no será necesario seguir aplicando medidas. Las medidas no son blancas o negras. Habrá que seguir ajustándolas a la situación que vivimos. Todavía tenemos tasas de infecciones altas, pero llegado el caso por qué no poder eliminarlas si se ajustan a la situación epidemiológica.

Pandemia y vacunas nos han subsumido en otros problemas sanitarios y de administración pública de la Sanidad. También farmacéuticos. Le planteo dos: uno es el auge de las superbacterias o bacterias superresistentes a antibióticos, causantes de millones de muertes al año (en 2019 casi tantas como el sida y la malaria juntas). ¿Tiene solución o nos abocamos a una catástrofe farmacológica?

Si la siguiente amenaza fuera de resistencia a los antibióticos tendremos otro grave problema

Es una amenaza que también tiene mucho que ver con el concepto *One Health*, con las ODS (Objetivos Desarrollo Sostenibles) y con el uso inapropiado que

se hace de los antibióticos; un uso masivo, desproporcionado del todo. El hecho incluso de que haya presencia de antibióticos en el medio ambiente pueden afectar. Se podría solucionar o tratar, por un lado, mejorando el uso más racional de los medicamentos y, por otro, mejorando también los nuevos antibióticos, con tratamientos médicos que pongan solución o permitan tener más expectativas ante la aparición de ese conjunto bacterias superresistentes.

El otro es la automedicación en auge. Entre cuidar la propia salud y automedicarse, ¿hay posibilidad de encontrar el término medio que no nos lleve a una degradación de la salud?

En el tratamiento debemos de implementar cada vez más el aspecto de salud única *One Health*, de ir al uso adecuado de tratamientos médicos, que los hay, que son seguros y eficaces siempre que sea necesario y, desde luego, teniendo en cuenta siempre qué efectos que puedan tener no solo en la salud humana, sino también los que pueden tener en la salud medioambiental y en la animal. Este es un concepto que la pandemia nos tiene que dar como conclusión, tenemos que aprender de él.

¿Cómo ve la lucha farmacológica contra el Alzheimer?

Es complicada, pero la veo con optimismo. Han sido dos décadas complejas,

pero ahora mismo hay un número de medicamentos en ensayos clínicos bastante importantes, con nuevas moléculas que intentan actuar sobre la enfermedad. Y, desde luego, veo el tratamiento del Alzheimer muy ligado a su diagnóstico precoz.

Usted habla de la contaminación por medicamentos, ¿a qué se refiere?

Al impacto de los medicamentos que se utilizan tanto en Medicina como en veterinaria, porque una vez que salen de los organismos, sean humanos o animales, pueden dañar gravemente el medio ambiente. Las actuales estaciones depuradoras no son capaces de eliminarlos y se ha encontrado que de los aproximadamente 4.000 fármacos disponibles, unos 700 aparecen en matrices acuosas o sólidas en el medio ambiente. Por lo tanto, estamos hablando de algo con gran impacto e importancia hoy en día, pero que de no atajarse incrementará su pernicioso incidencia en los próximos años.

¿En qué está trabajando ahora?

Trabajo en líneas de Medicina Regenerativa, verificación de fármacos, diseños de nuevos medicamentos, trabajo con la empresa que fundamos para el diagnóstico temprano del Alzheimer y también en la línea de contaminación de medicamentos, intentando impulsar esta iniciativa a nivel de Álava y del País Vasco.

¿Le hacen caso las instituciones?

Estoy percibiendo bastante sensibilidad por parte de las Administraciones públicas. Cuento con su apoyo y espero que se intensifique en los próximos años ■

La lucha farmacológica contra el Alzheimer es complicada, pero la veo con optimismo



¿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





PROYECTO **CARDIAB**

Evaluación del riesgo
CARdiovascular
y **tratamiento**
de la **dislipemia**
en el **paciente**
diabético o
preDIABético

El estudio **CARDIAB**, coordinado por los doctores Ramón Bover Freire, cardiólogo del Hospital Clínico San Carlos, y la doctora Carolina Ortiz Cortés, cardióloga del Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, pretende conocer la percepción de los clínicos que tratan a pacientes con diabetes o prediabetes sobre la valoración del riesgo cardiovascular y el tratamiento de la dislipemia en estos paciente.

Texto | Redacción



PROYECTO CARDIAB

Evaluación del riesgo CARdiovascular y tratamiento de la dislipemia en el paciente diabético o preDIABético

En España, según el estudio Di@bet.es un 14,8 por ciento de la población tiene algún tipo de prediabetes¹. Se ha demostrado que, entre los individuos con prediabetes, en un periodo de 3-5 años, alrededor del 25 por ciento progresan a diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), el 25 por ciento retornan a un estado normal de tolerancia a la glucosa y el 50 por ciento permanece en el estado pre-diabético².

En pacientes diabéticos, la principal causa de muerte es la enfermedad cardiovascular (ECV), especialmente coronaria, debida mayoritariamente al mal control metabólico que conlleva la diabetes y la presencia de dislipemia aterogénica³.

La prediabetes requiere ser diagnosticada de forma precoz para tratar activamente las alteraciones metabólicas (sobrepeso/obesidad, dislipemia e insulinoresistencia) que llevan a la progresión hacia la DM2 y la aterosclerosis obliterante. Sin embargo, al tratar la hipercolesterolemia en el paciente diabético o prediabético, hay que tener especial cuidado en la elección del tratamiento hipolipemiante, ya que este podría interferir en el metabolismo glucídico.

Las diversas guías de manejo del riesgo cardiovascular⁴⁻⁸ coinciden en que la reducción del c-LDL es el principal objetivo terapéutico en los pacientes prediabéticos. Por ello, las intervenciones terapéuticas deben considerar, además de las modificaciones del estilo de vida, el uso de estatinas como fármaco de primera elección.

Proyecto CARDIAB

Con el objetivo de conocer la percepción de los clínicos que tratan a pacientes con diabetes o prediabetes sobre la valoración del riesgo cardiovascular y el tratamiento de la dislipemia en estos pacientes, se puso en marcha el proyecto CARDIAB, un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatori-

zado, en el que han participado 651 profesionales de todo el territorio nacional. El doctor Ramón Bover Freire, cardiólogo del Hospital Clínico San Carlos, y la doctora Carolina Ortiz Cortés, cardióloga del Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, fueron los coordinadores científicos del proyecto, estableciendo las variables que se incluyeron en el cuestionario, revisando los resultados y extrayendo conclusiones. El 61 por ciento de los participantes en el estudio eran médicos de Atención Primaria, mientras que el 39 por ciento restante eran especialistas en Cardiología. El 53 por ciento ejercía su actividad profesional en un centro de salud, y un 40 por ciento lo hacía en un hospital.

ciente con diabetes o prediabetes y dislipemia en la práctica clínica habitual.

Prácticamente todos los encuestados conocían y aplicaban alguna guía o protocolo para la prevención del riesgo cardiovascular, principalmente las guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC, por sus siglas en inglés).

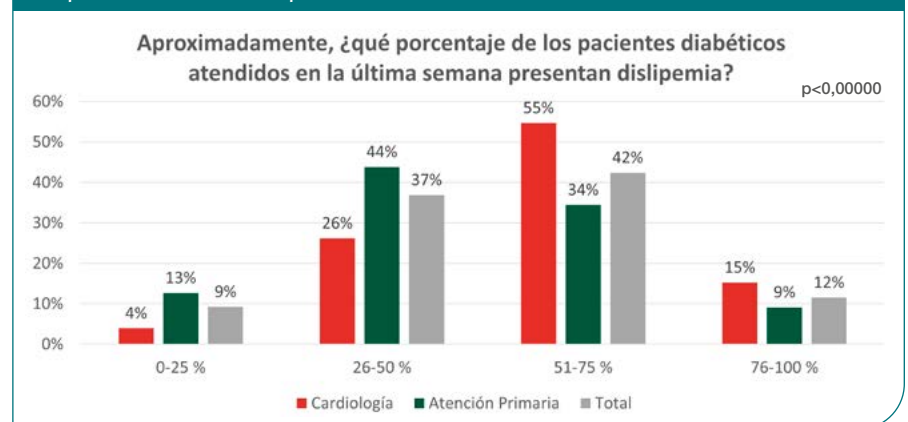
La mitad de los participantes en el estudio indicó que entre el 26 y el 50 por ciento de sus pacientes con riesgo cardiovascular presentaba diabetes, mientras que el 42 por ciento indicó que entre el 51 y el 75 por ciento de sus pacientes con diabetes presentaba dislipemia, detectándose más pacientes de este tipo en Atención Primaria que en Cardiología (Figura 1).

El porcentaje de pacientes con diabetes que presentaba dislipemia era mayor en el ámbito de la Atención Primaria

El 43 por ciento de los médicos manifestó que la media de c-LDL de sus pacientes diabéticos era de 70-100 mg/dl, mientras que el 51 por ciento indicó que la media de c-LDL en sus pacientes prediabéticos se encontraba entre 100 y 130 mg/dl. En ambos casos, el porcentaje de pacientes con c-LDL por debajo de 100 mg/dl era superior entre los atendidos en Cardiología que entre los atendidos en Atención Primaria (61 por ciento *versus* 39 por ciento y 36 por ciento *versus* 12 por ciento, respectivamente).

A partir de las respuestas de todos los participantes, se pueden extraer conclusiones relevantes sobre la atención al pa-

Figura 1. Porcentaje de participantes en función de la proporción de los pacientes diabéticos atendidos en la última semana que presentaban dislipemia. Estratificado por nivel asistencial. N = 651

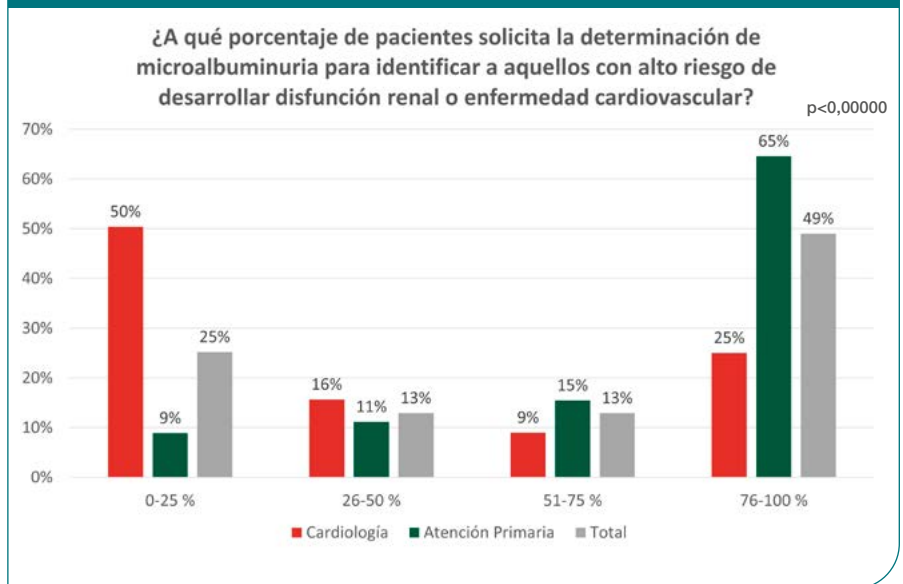


Los médicos de Atención Primaria usan con más frecuencia tablas/scores para calcular el riesgo cardiovascular de sus pacientes que los cardiólogos

Asimismo, casi la mitad de los encuestados manifestó que entre el 10 y el 30 por ciento de sus pacientes diabéticos presenta dislipemia aterogénica (niveles de c-LDL ligeramente elevados, niveles de c-HDL bajos y niveles de triglicéridos elevados). También en este caso el porcentaje difería según el ámbito de atención, siendo inferior al 30 por ciento entre los pacientes con diabetes atendidos por cardiólogos y alcanzando el 67 por ciento entre los atendidos en Atención Primaria.

Cerca del 56 por ciento de los clínicos manifestó que habitualmente utilizaba tablas/scores para el cálculo del riesgo cardiovascular de sus pacientes, siendo este porcentaje superior entre los médicos de Atención Primaria (Figura 2). Según la mayoría de los encuestados, cuan-

Figura 3. Porcentaje de participantes en función de la proporción de pacientes a los que solicitaba la determinación de microalbuminuria para identificar a aquellos con alto riesgo de desarrollar disfunción renal o enfermedad cardiovascular. Estratificado por nivel asistencial. N = 651



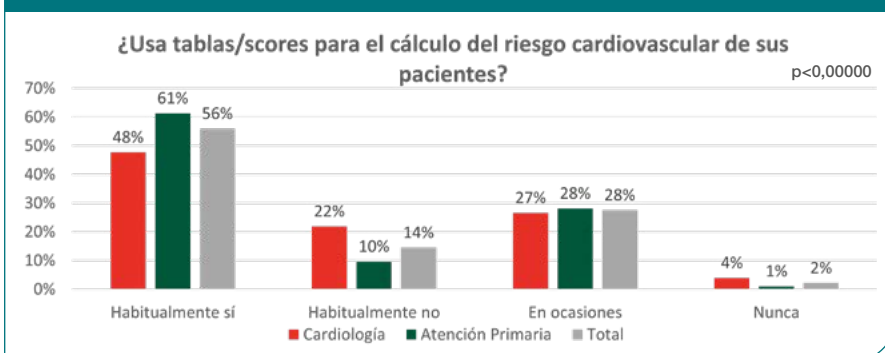
do utilizaba las tablas para calcular el riesgo cardiovascular de un paciente, el riesgo resultante solía ser similar al estimado.

La mitad de los participantes en el estudio manifestó que en más del 75 por ciento de sus pacientes solicitaba la determinación de microalbuminuria para identificar a aquellos con alto riesgo de desarrollar disfunción renal o enfermedad cardiovascular, siendo este porcentaje claramen-

te superior entre los médicos de Atención Primaria (Figura 3).

Cerca del 63 por ciento de los encuestados considera de máxima importancia que el personal de enfermería que atiende a pacientes con riesgo cardiovascular y diabetes o prediabetes participe en su educación y autocuidados. En torno al 40 por ciento de los médicos, cree que solo una parte de los pacientes con diabetes o prediabetes es consciente de las implicacio-

Figura 2. Porcentaje de participantes en función de si usaba tablas/scores para el cálculo del riesgo cardiovascular de sus pacientes. Estratificado por nivel asistencial. N = 651



Más cardiólogos que médicos de Atención Primaria veían fácil alcanzar el objetivo de c-LDL < 55 mg/dl entre pacientes con muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria



PROYECTO CARDIAB

Evaluación del riesgo CARDiovascular y tratamiento de la dislipemia en el paciente diabético o preDIABético

nes negativas para su salud que tiene un mal control del riesgo cardiovascular.

En este sentido, el 41 por ciento de los participantes manifestó que menos de 25 de sus pacientes con alto riesgo cardiovascu-

lar tenían cifras de c-LDL por debajo de 70 mg/dl, y el 76 por ciento señaló que menos de 25 de sus pacientes diabéticos con muy alto riesgo cardiovascular tenían cifras de c-LDL por debajo de 55 mg/dl. El porcentaje de pacientes con cifras en ran-

go según su riesgo cardiovascular era superior entre los atendidos por Cardiología.

Para pacientes con muy alto riesgo cardiovascular en prevención secundaria, la gran mayoría de los encuestados consideraba difícil de alcanzar el objetivo de control de c-LDL < 55 mg/dl, aunque la opinión era algo más optimista entre los cardiólogos (Figura 4).

En pacientes mayores de 75 años, el 61 por ciento de cardiólogos seguía los mismos objetivos de control que en la población en general, mientras que el 50 por ciento de los médicos de Atención Primaria aplicaba objetivos de control c-LDL más laxos (Figura 5).

Figura 4. Porcentaje de participantes en función la dificultad que consideraban que tenía alcanzar el objetivo de control de LDL de menos de 55 mg/dl en sus pacientes diabéticos en prevención secundaria (con muy alto riesgo cardiovascular). Estratificado por nivel asistencial. N = 651

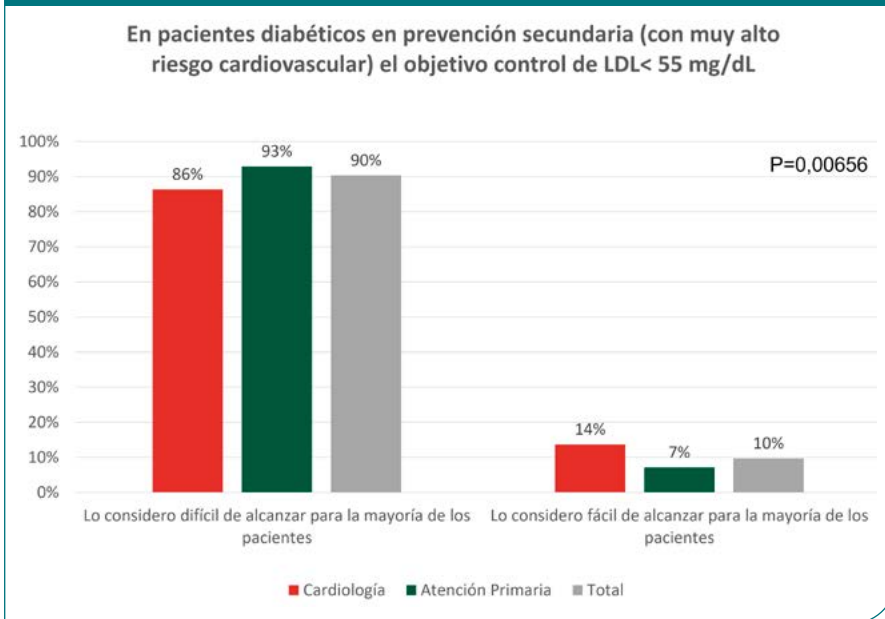
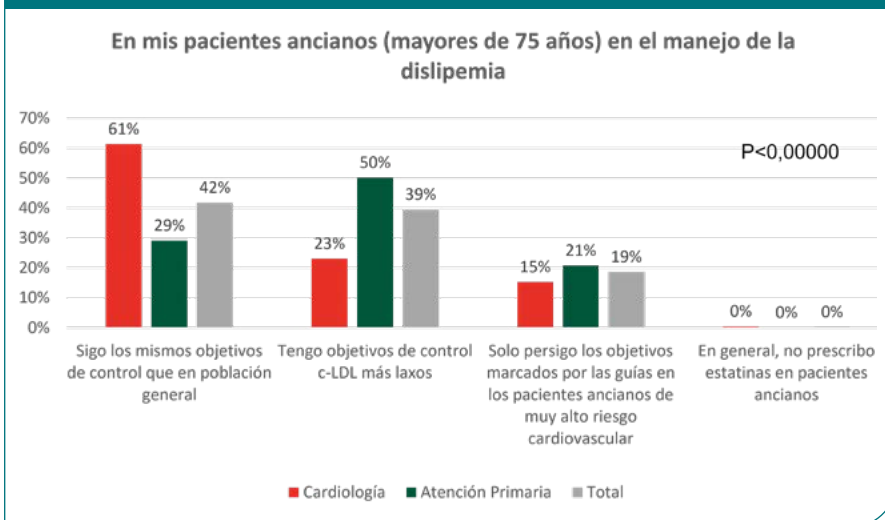


Figura 5. Porcentaje de participantes en función de cómo procedían en el manejo de la dislipemia en pacientes ancianos. Estratificado por nivel asistencial. N = 651



La prostatectomía radical es uno de los principales factores de riesgo de DE

La mayoría de los participantes consideraba las recomendaciones de estilo de vida en sus pacientes con riesgo cardiovascular extremadamente importantes, pero también creía que son pocos los pacientes con una buena adherencia.

Tras iniciar un tratamiento hipolipemiente en pacientes diabéticos, el 62 por ciento de los médicos de Atención Primaria realizaba una nueva evaluación del perfil lipídico entre 3 y 6 meses, frente al 48 por ciento de los especialistas en Cardiología, donde había más partidarios de realizar esta exploración después de 1 a 3 meses.

En los pacientes diabéticos en tratamiento hipolipemiente que han alcanzado las cifras de c-LDL objetivo, el 71 por ciento de los médicos de Atención Primaria afirmaba realizar controles del perfil lipídico

Los cardiólogos tienden a mantener los mismos objetivos de control c-LDL en los pacientes mayores de 75 años, mientras que en Atención Primaria los objetivos tienden a ser más laxos en este grupo de población

cada 6 meses, mientras que el 52 por ciento de los cardiólogos prefería hacer este control de forma anual.

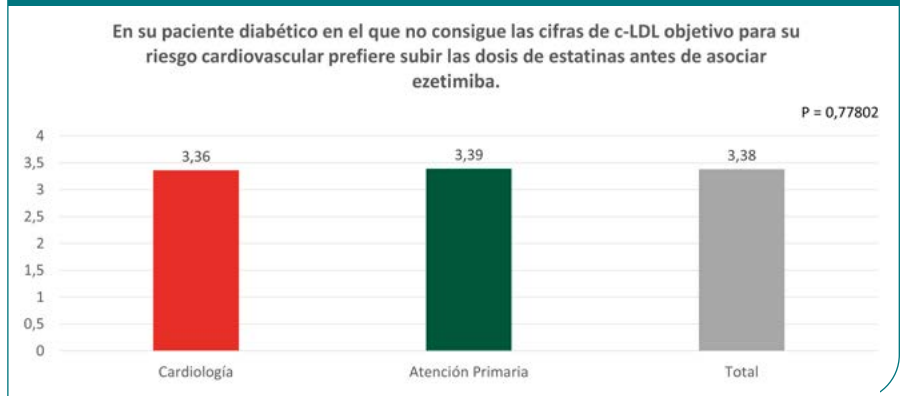
Respecto al tratamiento con estatinas, el 65 por ciento de los encuestados monitorizaba las enzimas musculares y hepáticas de forma periódica, aunque este porcentaje era superior en Atención Primaria que en Cardiología (72 por ciento *versus* 55 por ciento).

Existía un acuerdo total en cuanto a la necesidad de detectar activamente a los pacientes prediabéticos para poder elegir en ellos una estatina que minimice el riesgo de alterar aún más el perfil glucémico.

En el paciente diabético, en el que no se consiguen las cifras de c-LDL objetivo para su riesgo cardiovascular, más de la mitad de los participantes señalaba su preferencia a subir las dosis de estatinas antes de asociar ezetimiba, alcanzándose una media cercana a 3 (indiferente) en ambos casos (Figura 6).

Según la mayoría de los profesionales encuestados, es necesario preguntar activamente por la presencia de mialgias o debilidad muscular, ya que los pacientes muchas veces no las comunican espontáneamente. Conocer esta información es relevante para poder cambiar a

Figura 6. Puntuación media del grado de acuerdo con la afirmación: En su paciente diabético en el que no consigue las cifras de c-LDL objetivo para su riesgo cardiovascular prefiere subir las dosis de estatina antes que asociar ezetimiba. Siendo 5 totalmente de acuerdo y 1 totalmente en desacuerdo N = 651



una estatina con menor probabilidad de producirlas.

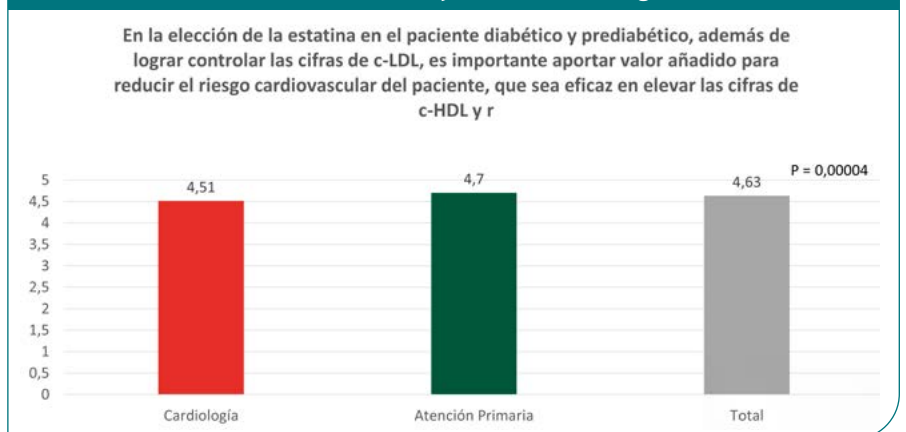
Existía también un acuerdo total en que el tratamiento farmacológico concomitante que recibe el paciente condiciona la elección de la estatina más adecuada en cada caso, con el fin de evitar las frecuentes interacciones con otros fármacos (anticoagulantes, antihipertensivos, etc.).

El consenso era igualmente absoluto en considerar que, en el paciente diabético y prediabético, debe elegirse la estatina que, además de lograr controlar las cifras de

c-LDL, aporte valor añadido para reducir el riesgo cardiovascular, es decir, que sea eficaz en elevar las cifras de c-HDL y reducir las de triglicéridos (Figura 7).

Asimismo, la gran mayoría de los encuestados consideraba que el tratamiento con estatinas de máxima potencia no es suficiente en muchas ocasiones para alcanzar el objetivo terapéutico de c-LDL < 55 mg/dl en los pacientes diabéticos de muy alto riesgo cardiovascular, por lo que es preferible elegir la estatina más adecuada al perfil del paciente y añadir ezetimiba e iPCSK9 si es preciso.

Figura 7. Puntuación media del grado de acuerdo con la afirmación: En la elección de la estatina en el paciente diabético y prediabético, es importante aportar valor añadido para reducir el riesgo cardiovascular del paciente, que sea eficaz en elevar las cifras de c-HDL y r





Para la mayoría de los participantes, debe elegirse una estatina que contribuya a reducir el riesgo cardiovascular del paciente, elevando el c-HDL y reduciendo los triglicéridos

Del mismo modo, prácticamente la totalidad de los profesionales encuestados afirmaba seleccionar la estatina más adecuada según las características de cada paciente, teniendo en cuenta no solo su potencia y los objetivos de c-LDL a alcanzar, sino también su probabilidad de producir mialgias, sus posibles interacciones farmacológicas y el riesgo de empeorar el perfil de riesgo del paciente ■

Bibliografía

1. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmona R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88-93.
2. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, Lalic NM, Greaves CJ, McKee M, et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res*. 2010;42(Suppl 1):S3-36.
3. Cuevas A, Alonso R. Dislipemia diabética. *Rev Med Clin Condes*. 2016;27(2):152-9.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al; Authors/Task Force Mem-

bers. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81.

5. Royo-Bordonada MA, Armario P, Lobos Bejarano JM, Pedro-Botet J, Villar Álvarez F, Elosua R, et al. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular CEIPC. [Spanish Adaptation of the 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice]. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:e1-e24.
6. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino M, et al. Simplified lipid gui-

delines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can Fam Physician*. 2015;61(10):857-67.

7. Gómez-Huelgas R, Pérez-Jiménez F, Serrano-Ríos M, González-Santos P, Román P, Camafort M, et al; SEMI Working Group; Spanish Society of Internal Medicine. Clinical decisions in patients with diabetes and other cardiovascular risk factors. A statement of the Spanish Society of Internal Medicine. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2014;214(4):209-15.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al; ESC Scientific Document Group; 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2019. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

CONCLUSIONES

- ✓ Entre los pacientes con diabetes o prediabetes, existe un porcentaje importante con mal control del c-LDL, siendo superior el número de pacientes por debajo de 100 mg/dl entre los atendidos en Cardiología que entre los atendidos en Atención Primaria.
- ✓ El mal control es también frecuente entre aquellos pacientes con diabetes y riesgo cardiovascular alto o muy alto.
- ✓ Tanto en el paciente diabético como en el prediabético, debe elegirse la estatina que, además de lograr controlar las cifras de c-LDL, aporte valor añadido para reducir el riesgo cardiovascular, es decir, que sea eficaz en elevar las cifras de c-HDL y reducir las de triglicéridos.
- ✓ En el paciente diabético en el que no se consiguen las cifras de c-LDL objetivo para su riesgo cardiovascular, es preferible subir las dosis de estatinas antes de asociar ezetimiba.



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA



Consolidar los niveles de actividad prepandemia es uno de los retos de 2022

Luis de Palacio

Presidente de la Federación de Empresarial de
Farmacéuticos Españoles (FEFE)

Texto | Laura C. Villagrasa

Fotos | FEFE



“Consolidar los niveles de actividad prepandemia es uno de los retos de 2022”

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles agrupa la mayoría de asociaciones y federaciones autonómicas y provinciales integradas por farmacéuticos titulares de oficina de farmacia en España. Su objetivo es promover la viabilidad y sostenibilidad económica del modelo español de oficina de farmacia y del sistema sanitario español en su conjunto. FEFE considera que la farmacia es el eslabón imprescindible entre el médico y el paciente, el complemento necesario para que el diagnóstico y el tratamiento cumplan su función. Entrevistamos a su actual presidente, Luis de Palacio.

¿Qué retos cree que enfrentará la farmacia este 2022?

Consolidar los niveles de actividad prepandemia, canalizar y promover las ayudas a Ucrania en los envíos de medicamentos con Farmacéuticos Mundi, afrontar el terrible incremento de la presión fiscal y cargas sociales que se ciernen, aprovechar las ayudas europeas que son tan complejas de ejecutar. Creo que las políticas de la llamada agenda 2030, en la medida que no se interrumpen por la guerra, junto con los ODS, apuntan a una constante digitalización de todos los sectores productivos, y por tanto también de la oficina de farmacia comunitaria. Esta digitalización es también un reto enorme para elevar el estándar de calidad profesional, que nos permita pensar que estamos preparados y seremos muy competitivos ante intentos de disrupción del sector por empresas 100% digitales de otros países. Y también que nos permita seguir conectados con una sociedad que a cada lustro que pasa está más digitalizada, asistida de Inteligencia Artificial, de algoritmos, y de todo tipo de servicios en el propio dispositivo particular de cada persona.

Durante la pandemia hemos visto cómo la fijación del precio de las mascarillas, y después de los test, ha obligado a las farmacias a vender a pérdidas. ¿Qué se defiende desde FEFE al respecto?

Es un asunto ya pasado, pero en los momentos que se dieron supuso un malestar importante a las farmacias, porque ocurría en los picos de demanda mundial, y penalizaba el

esfuerzo de los farmacéuticos por ofrecer productos muy necesarios en esos momentos. De no haber hecho este esfuerzo, la gente habría tenido que acudir a servicios varias veces más caros como las PCR y los test de laboratorios. Efectivamente, ya nos pasó con las mascarillas. ¡De las que primero dijeron que no eran efectivas para frenar el contagio, según los expertos! La regulación del precio máximo en el peor momento de demanda no ayudó a digerir esa demanda, hasta que se normalizó el suministro, que bajó inmediatamente hasta por debajo del precio fijado. Para nosotros, aplaudir una regulación de precios en la peor circunstancia de abastecimiento para “evitar las especulaciones” implica darle carta de naturaleza a esa acusación. Y aunque luego se quiera matizar con que los especuladores son los intermediarios y no los farmacéuticos, la opinión pública ya nos ha incorporado al grupo de los que se lucran con la enfermedad. Todo un despropósito. Por eso siempre nos mostramos contrarios. Además, desde FEFE hemos defendido en todo momento la necesidad de que los farmacéuticos comunitarios realicen los test, por tratarse de una enfermedad de obligada declaración, por nuestra cercanía, porque podíamos evitar aglomeraciones en las clínicas de análisis como se vieron, y porque tenemos una posición ausente del conflicto de interés que puede tener el propio usuario cuando ve el resultado de su test, exactamente igual que los demás sanitarios.

¿Qué opinan desde FEFE de la nueva ley de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid?, ¿quie-

re comentar algo sobre las alegaciones presentadas por algunos farmacéuticos madrileños?

Nosotros hemos realizado nuestras propias alegaciones para mejorar una ley que quiere modernizar la farmacia. Nos preocupa que se desarrollen profesionalmente farmacéuticos de primera y de segunda (comunitarios). Queremos que toda dispensación esté ligada a un farmacéutico, priorizando la libre elección del paciente y la proximidad inmediatamente después. Las sanciones, las restricciones de nuestra actividad frente a la permisividad de otros, las obligaciones de los destinatarios de la prestación farmacéutica, la existencia de las redes sociales para comunicarse y la responsabilidad que conlleva, o que se exijan iguales requisitos de garantía y calidad para la prestación sociosanitaria desde la farmacia hospitalaria y desde la comunitaria, en vez de las exclusiones subjetivas. Todo ello ha sido objeto de nuestras alegaciones. Nuestro texto de alegaciones ha sido puesto en conocimiento de todas las territoriales de la Federación y también del propio COFM. Ha sido realizado por letrados muy especializados en alegar a distintas leyes autonómicas de ordenación, y por tanto creo que tienen un rigor técnico y una autoridad nada desdeñables. Sobre el resto de alegaciones presentadas, me ha sorprendido el nivel de alarma que se le ha querido dar desde algunos ámbitos, frente al silencio que hubo cuando en otras leyes autonómicas regularon ya las entregas domiciliarias de medicamentos y otros aspectos que se plantea este proyecto de ley de Madrid, que son los más aludidos constantemente. En cualquier caso, muchas de las cuestiones alegadas también están recogidas en nuestro escrito.

¿Tienen datos del total de asociaciones y federaciones de farmacia hay en España?, ¿cuántas formas parte de FEFE?

Ceñidos a las asociaciones de naturaleza empresarial, todas las asociaciones en España

tienen ámbito territorial y completo autogobierno. Todas forman parte de FEFE menos FEFAC, de Cataluña, que se escindió y no está interesada en completar la unidad empresarial y sectorial de todos los territorios de España. Ahí FEFE tiene una incipiente asociación, FEC, que operará como el resto, ojalá que con éxito y una gran participación. Existen en otro plano, aunque relacionado con el mundo empresarial, asociaciones relacionadas con grupos de farmacias de cierta visibilidad, como ANACEV, o en formulación, como AEFI o de farmacias especializadas en SPD, o incluso de asesores laborales y fiscales de oficinas de farmacia como AMAF, que, aunque no las representen, conocen perfectamente problemáticas específicas del sector. Además, hay asociaciones en otros ámbitos y naturaleza, científico, como SEFAC, rural SEFAR, de formulistas AEFI, o Farmamundi, que ahora son tan relevantes por su proyecto de envío de medicamentos a Ucrania. En resumen, FEFE engloba toda asociación empresarial de oficina de farmacia, y ostenta la representación como agente social de todos los titulares de oficina de farmacia comunitaria y la defensa de sus intereses.

El Observatorio del Medicamento de FEFE es un referente para profesionales farmacéuticos y organizaciones del sector. ¿Cuáles son los últimos datos o qué datos recientes se podrían destacar?

En el último observatorio publicado se destaca el incremento de la actividad en OTC y la venta libre frente al mes de enero del año anterior, evaluando el sector. También se resumen y comunica la posición de FEFE en cuanto a la revisión de la normativa de los índices correctores de las farmacias llamadas VEC, donde vemos insuficiente la actualización de las ayudas, cuando lo que habría que acometer es la remuneración a los profesionales que están dando los servicios en esas poblaciones, a los que además se les exigen más guardias que a nadie sin pagarles nada por ello.

¿Cuál es la relación de FEFE con CEOE y ATA?



Estamos integrados en CEOE y CEPYME desde hace mucho tiempo, con participación en ambas Juntas Directivas, y desde hace cuatro años también participamos en el Comité Ejecutivo de CEOE. ATA se integró con el inicio de la presidencia de Antonio Garamendi, y lo considero un éxito estratégico de las organizaciones empresariales. Nuestra relación con ATA es excelente, apoyamos plenamente la defensa que lidera frente a las reformas del régimen de autónomos que pretende el gobierno. También apoyamos y pedimos que se nos permita a los autónomos un régimen fiscal equiparable al de las sociedades en cuanto a gastos deducibles, y que es un problema que tenemos muchísimos autónomos en común.

¿Puede adelantar alguna novedad del próximo FEFE ONE DAY?

La participación de distintas empresas que ofrecen servicios a las farmacias en el FEFE ONE DAY es una constante. Al no participar FEFE de ninguna de ellas, el único objetivo es estimular en los farmacéuticos el conocimiento de las tendencias y propuestas interesantes que se van dando. Todavía tenemos mucho programa que decidir, pero nos encantaría poder presentar soluciones que va-

mos viendo de terceros en materia de mercado de empleo sectorial y pool de talento, soluciones para la implantación y mejora de servicios profesionales, plataformas de formación y conocimiento aplicado, entre otras.

¿Algo más que añadir?

Sí, animo encarecidamente a todos los farmacéuticos a formar parte de su empresarial y apoyar con su membresía el movimiento empresarial. Nuestro debilitamiento institucional como agente social no puede traer nada bueno al sector en su conjunto. La participación mayoritaria nos otorga una representatividad mucho más potente que la que pueda tener quien goza de una afiliación por imperativo legal, porque la nuestra es voluntaria. Y la solvencia económica de la Federación podría permitir una actuación más potente en tribunales, ministerios, y más ámbitos en los que actuar. Nos daría recursos para plantearse proyectos propios de la patronal, como hacen nuestros vecinos de Portugal, la ANF. Y podríamos contar con personas interesadas en participar y dar los relevos necesarios en toda institución. Algo muy necesario para todo nuestro sector y en muchas instituciones ■





Viatrix afronta el reto de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles siguen siendo el reto del Sistema Nacional de Salud (SNS) una vez que la pandemia por coronavirus comienza a controlarse gracias a las medidas preventivas, y, especialmente, por la eficacia de las vacunas. La compañía Viatrix afronta también este reto de reducir la incidencia de las enfermedades no transmisibles, como explica João Madeira, director general de esta compañía de la salud en España.

Texto | Eva Fariña

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE PATROCINADO

Viatriis afronta el reto de las enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de morbilidad a nivel mundial (71% de los fallecimientos). La agenda 2030 de la OMS incluye dentro de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible a las enfermedades no transmisibles como un gran desafío.

Las no transmisibles también son las enfermedades que causan una mayor mortalidad en la Unión Europea, así como la mayor parte de los gastos de asistencia sanitaria, con un coste aproximado para las economías de la UE de 115.000 millones de euros (el 0,8% del PIB).

Viatriis quiere “aportar una respuesta integrada y centrada en la prevención de estas enfermedades, además de generar iniciativas para reforzar los sistemas sanitarios”, comenta João Madeira, director general de esta compañía en España.

“En Viatriis estamos trabajando para colaborar en la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible (3.4) marcado por Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La idea es reducir un 30% la mortalidad temprana por enfermedades no transmisibles y promover la salud y el bienestar mental de aquí a 2030”, añade.

El portfolio de esta compañía de salud comprende más del 90% de las áreas terapéuticas en las que se encuentran las enfermedades no transmisibles. En concreto, se centra en los problemas cardiovasculares, la diabetes, la salud mental o el cáncer. “Con nuestra cartera diversa y diferenciada de productos, proporcionamos medicamentos que tratan 9 de cada 10 de las principales causas de muerte declaradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y más de 200 de nuestros medicamentos están en la Lista de Medicamentos Esenciales de esta misma organización”, indica el director general de Viatriis en España.

Las enfermedades no transmisibles también son protagonistas durante la pande-

mia de COVID-19, en muchos casos por su pérdida de protagonismo. Y eso a pesar de comprobarse que las personas con estas patologías tienen un mayor riesgo de sufrir mayores y más graves consecuencias en caso de contagiarse con coronavirus.

“Las personas que padecen enfermedades no transmisibles y afecciones que incluyen hipertensión y obesidad tienen un riesgo sustancialmente mayor de enfermar gravemente o morir a causa del virus”, comenta Madeira.

La COVID-19 también está causando una interrupción significativa de los servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles en casi todos los países, lo que probablemente lleve a un aumento a largo plazo de las muertes por este tipo de patologías.

Más inversión en el sector salud

Los cálculos de la OMS se refuerzan con un estudio realizado por Viatriis para conocer el impacto de la pandemia en los pacientes afectados por enfermedades no transmisibles en Europa y en EE. UU. “Nuestro estudio demuestra que las líneas divisorias entre enfermedades infecciosas y no infecciosas se están difuminando. Por ello, es necesario dar prioridad a la salud y aumentar la inversión en el sector sanitario”, dice João Madeira.

Las conclusiones de este estudio se han obtenido a partir de las encuestas realizadas a más de 4.800 pacientes:

- El 50% de los encuestados informaron de un empeoramiento de su condición médica durante la pandemia.
- El 17% de los pacientes desarrolló una nueva enfermedad.

- El 26% de los encuestados informó un impacto de la pandemia en la toma de tratamiento regular o a largo plazo.
- El 54% de los pacientes se sintieron muy o completamente aislados socialmente y reportaron un fuerte impacto de la pandemia de COVID-19 en su nivel de estrés y estado de ánimo.
- En cerca del 50% de los pacientes con cáncer, su enfermedad crónica empeoró durante el mes anterior, mientras que más del 30% de las personas con enfermedades oncológicas experimentaron visitas médicas o cirugías postpuestas o canceladas.

En general, se ha observado un retraso en la prevención, el diagnóstico y el acceso

El objetivo de la OMS es reducir un 30% la mortalidad temprana por enfermedades no transmisibles y promover la salud y el bienestar mental de aquí a 2030

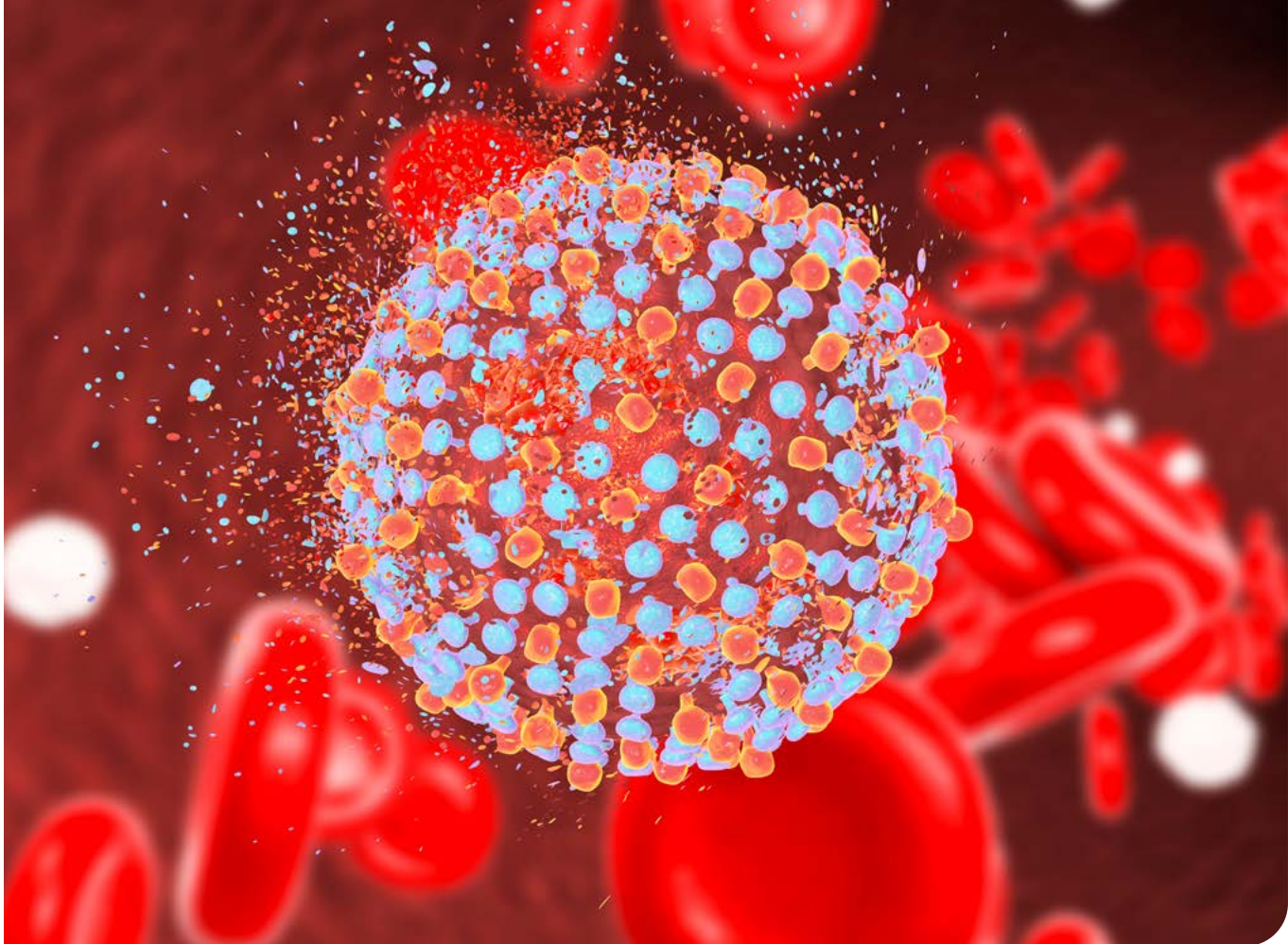
a los medicamentos de los pacientes con cáncer. “Viatriis se encuentra totalmente alineada con las prioridades actuales en materia de salud de la Unión Europea, que incluyen el desarrollo de un plan contra el cáncer. Asimismo,

el foco está puesto en evitar la resistencia a los antimicrobianos, las políticas de vacunación, la seguridad sanitaria y la negociación de instrumentos financieros para apoyar la salud, incluida la investigación”, comenta el director general de la compañía en España.

La prevención, en el eje de la atención sanitaria

El objetivo de Viatriis es lograr que las personas vivan de manera más saludable en cada etapa de la vida. Para ello, tiene en cuenta todas las perspectivas, desde el autocuidado hasta la prevención, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, desde las afecciones crónicas hasta las enfermedades agudas.

No obstante, es la prevención una de las asignaturas pendientes del sistema sani-



tario español, según Madeira: “Ciertamente, es importante dar prioridad a las terapias y tratamientos para pacientes con enfermedades que ya están en curso, pero no se debe olvidar que la prevención también se dejó de lado temporalmente durante la pandemia, y no queremos que vuelva a ocurrir”.

En el ámbito de la prevención, Viatris ha puesto en marcha una campaña junto con la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), que tiene como objetivo mejorar la detección precoz de la dislipidemia. En este sentido, el responsable del laboratorio en España destaca “el papel de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes”, con las que Viatris colabora de forma activa en diversas áreas terapéuticas. “Queremos ayudar a los pacientes para conseguir un mejor manejo de la enfermedad, un mayor acceso a los medicamentos y una mejor calidad de vida”.

Otro trabajo impulsado por Viatris, junto con SEFAC y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN),

para fomentar el cumplimiento del tratamiento ha conseguido un reconocimiento por parte del Observatorio de Adherencia Terapéutica. Asimismo, en el campo de la prevención el propio laboratorio recuerda su aportación a la campaña de vacunación de la gripe, al autodiagnóstico precoz del VIH y la detección de los anticuerpos después de la vacunación contra la COVID-19.

Innovación en patologías infecciosas

En el campo de las enfermedades infecciosas, Viatris también tiene una amplia experiencia. “La lucha de Viatris contra las enfermedades infecciosas va más allá de la innovación, tiene que ver con el propio ADN de nuestra compañía”, comenta Madeira.

“En Viatris creemos en la atención médica no como es, sino como debería ser, así

que fabricar y vender medicamentos no es suficiente para nosotros. Son las personas y todos los pacientes los que nos impulsan para ir más allá: crear nuevos productos y formulaciones, encontrar formas únicas de ponerlos en manos de los pacientes que más los necesitan e invertir en esfuerzos de detección y prevención para aliviar la carga global de estas horribles enfermedades”.

Viatris quiere “aportar una respuesta integrada y centrada en la prevención de estas enfermedades”, comenta João Madeira, director general de la compañía en España

Entre los compromisos de Viatris está proporcionar un acceso integral al tratamiento de enfermedades infecciosas para toda la población mundial. “Estamos comprometidos a abordar los desafíos únicos a los que

se enfrentan los pacientes en comunidades de bajos y medios ingresos y hemos asumido un papel de liderazgo en la lucha contra el VIH/SIDA, la hepatitis y la tuberculosis en países en vías de desarro-



REPORTAJE PATROCINADO

Viатris afronta el reto de las enfermedades no transmisibles

llo”, comenta el responsable de la compañía farmacéutica.

Autotest para la detección del VIH

En España se calcula que hay aproximadamente 140.000 personas con VIH, de las que cerca del 18% no están diagnosticadas. Además, un 46% de las que sí lo están han sufrido un diagnóstico tardío. En este sentido, Viатris colabora con una iniciativa de ONUSIDA para reducir la incidencia de esta enfermedad antes del año 2030. También ha lanzado al mercado español un autotest para la detección del VIH, que se compra en la farmacia sin necesidad de receta médica.

En la actualidad existen tratamientos para reducir de forma considerable el riesgo de transmisión del VIH, así como para suprimir la carga viral. “Para Viатris, el VIH siempre ha sido una prioridad”, comenta Madeira. “Para introducir el autotest en España impulsamos un cambio normativo que modificó el Real Decreto sobre productos sanitarios para diagnóstico ‘in vitro’, con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la detección del VIH. Nuestra compañía es líder a nivel mundial en la prevención de esta enfermedad con el tratamiento de la profilaxis preexposición, conocida como PrEP. Nuestro compromiso con el SIDA va más allá, trabajamos en la introducción de la termoestabilidad de los tratamientos antirretrovirales para facilitar su uso en países subdesarrollados donde no se pueden garantizar las condiciones necesarias de temperatura para este tipo de tratamientos”.

De forma paralela al tratamiento del SIDA, Viатris también ha impulsado y desarrollado terapias para tratar la tuberculosis, especialmente en los países menos favorecidos. En 2019 este laboratorio se unió a la Alianza contra la Tuberculosis como socio de comercialización mundial para el primer medicamento aprobado para tratar la tuberculosis XDR o la tuberculosis MDR o que no responde al tratamiento ■

COMPROMISO DE VIATRIS CON LA SALUD MENTAL

En la actualidad, los ejes de la atención sanitaria a los trastornos mentales se centran en la comorbilidad, el impacto de la COVID-19, el diagnóstico temprano y la eliminación de estigmas.

Desde el inicio de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud insiste en que la crisis del coronavirus afecta a la salud mental de muchas personas y ya se observa un aumento de este tipo de trastornos. Un estudio de la propia OMS revela que la pandemia provoca un incremento de la incidencia de los trastornos de salud mental. En consecuencia, los servicios esenciales se han paralizado en el 93% de los países del mundo debido al aumento de la demanda de este tipo de atención.

La OMS también alerta de que la financiación de servicios de apoyo y tratamiento en el sector de la salud mental es insuficiente, incluso antes de la pandemia, cuando los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos sanitarios a la atención de los trastornos mentales.

El ámbito de la salud mental es una de las áreas de trabajo de Viатris, como explica João Madeira. “Contamos con un amplio arsenal de productos de confianza con una eficacia y una tolerabilidad clínica comprobada, y adaptados a los pacientes. Estamos trabajando para generar conciencia respecto a la necesidad de abordar los problemas de salud mental, pero también incidimos en la relevancia de proporcionar la mejor formación a los profesionales sanitarios. El objetivo, en definitiva, es mejorar un diagnóstico precoz que permita la aplicación de un tratamiento optimizado a través de nuestro sólido portfolio de productos”.

En estos momentos, Viатris trabaja en las siguientes variables vinculadas con los trastornos mentales:

- **La comorbilidad:** los trastornos mentales pueden ser un precursor o una consecuencia de condiciones crónicas y reducir la esperanza de vida saludable o aumentar el riesgo de discapacidad. Una mejor comprensión del vínculo entre los trastornos de la enfermedad mental y la comorbilidad por parte de los especialistas en salud pública y los proveedores de atención médica puede respaldar un enfoque más integrado para obtener un diagnóstico temprano y un tratamiento optimizado.
- **El impacto de la COVID-19 en la salud mental:** hallazgos recientes sugieren que las condiciones psiquiátricas, incluidos los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, pueden ser un factor de riesgo independiente para la infección por COVID-19, pero también que la COVID-19 puede tener un impacto negativo importante en las condiciones de salud mental.
- **El diagnóstico temprano:** el enfoque ‘precoz’ como concepto fundamental para mejorar el resultado del tratamiento es clave en las enfermedades mentales. La idea es mejorar el reconocimiento temprano de los síntomas, anticipar la búsqueda de consejo médico, el diagnóstico precoz, etc.
- **La eliminación de estigmas:** a menudo las personas con patologías mentales deben enfrentarse a la discriminación del resto de la sociedad. En muchos casos, los trastornos mentales son invisibles, y los prejuicios y el desconocimiento complican todavía más su día a día.

FORMACIÓN

AULA
de la
FARMACIA

AULA INNOVA+

Tu evolución comienza AQUÍ

NUEVO FORMATO DE APRENDIZAJE POR CAPÍTULOS

+ DIDÁCTICO + PRÁCTICO + ENTRETENIDO

¿Trabajas en una farmacia comunitaria o eres titular de una?
AULA INNOVA+ está diseñado para ti. ¿Por qué?

Nuestros Compromisos

Ayudarte a **EVOLUCIONAR** tu farmacia

Ayudarte a mejorar la **EXPERIENCIA** de relación con tus pacientes

Ayudarte a mejorar su **VINCULACIÓN** emocional contigo y tu farmacia

aulainnova.auladelafarmacia.com/aula/





ac



La tualidad del sector



23 de febrero



Jubilación flexible del médico: hasta los 70 años y por razón de actividad. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) presentaba en el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social e Inmigración un informe-propuesta que plantea la necesidad de un régimen de jubilación flexible, entre los 60 y los 70 años, por razón de actividad y nocturnidad. Esta propuesta está enfocada para todos los facultativos que trabajen por cuenta ajena, tanto estatutarios como laborales, y que hayan realizado jornada complementaria durante su vida laboral ■

24 de febrero

Malestar en el Foro de la Profesión Médica. El Foro de la Profesión Médica, tras su última reunión, mostraba en un comunicado su “enorme preocupación tras tener conocimiento de lo acontecido en la reunión entre los representantes de la Formación Sanitaria Especializada y la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y su equipo”. Las organizaciones



del Foro “lamentan profundamente” que un año después se esté en la misma situación que en la convocatoria anterior. Una situación que resulta “más grave aún” si se tiene en cuenta que “no se están cumpliendo los compromisos firmados por la Dirección General de Ordenación Profesional en junio de 2021”. Entre ellos, el perfeccionamiento futuro del sistema de elección de plaza con representantes de la profesión, aproximando el sistema a la elección en tiempo real, o que ahora se desestime la comisión de seguimiento de incidencias diaria ■



SemFYC muestra su oposición a la contratación de médicos sin especialidad. La Sociedad Española de Medicina familiar y Comunitaria (semFYC) expresaba su oposición a la contratación de médicos sin especialidad, tanto extracomunitarios, comunitarios o españoles. Se pronunciaba tras las recientes noticias de la cobertura de plazas de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria vía contratación de no-especialistas. De esta forma, la semFYC entiende que este modelo de contratación se ampara en el Real Decreto-ley 29/2020 de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, considera que este ya se denunció en su momento por abrir un resquicio legal para la contratación sin contar con los requisitos formativos necesarios, por lo que se insta a las administraciones y gestores competentes a tomar las medidas oportunas ■

25 de febrero

Propuesta para adaptar la Ley contra la temporalidad. CC.OO., UGT y CSIF trasladaban una propuesta conjunta al Gobierno para llevar a cabo la adaptación del Estatuto Marco a la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, para acabar con la temporalidad en el Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, solicitaban un compromiso para que en el plazo de un año se abra la negociación del resto de modificaciones al Estatuto, que las tres organizaciones llevan reivindicando desde el principio ■

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 ■



2 de marzo

Se eliminan las cuarentenas de los contactos estrechos no vacunados. El Ministerio de Sanidad y las Comunidades autónomas acordaban la eliminación de cuarentenas de contactos estrechos por COVID-19, independientemente de su situación vacunal. En concreto, la Comisión de Salud Pública hacía referencia a las cuarentenas de los contactos estrechos no vacunados. Las cuarentenas se eliminaron para las personas vacunadas hace algunos meses. Pese a ello, Sanidad recomendaba limitar sus activi-



dades fuera de casa en los 10 días posteriores al último contacto con un caso confirmado. También insistía en el uso “constante” de la mascarilla ■

3 de marzo



‘Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035’. Durante el último Consejo Interterritorial se presentaba el estudio ‘Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035’. Se trata del quinto informe desde el año 2007 sobre la oferta y necesidad de médicos especialistas en España. En este caso, los dos horizontes de predicción de este estudio, 2028 y 2035, permiten informar la toma de decisiones de planificación a corto plazo y a medio plazo ■

4 de marzo

Aumentan en un 14 por ciento las denuncias por agresiones a profesionales sanitarios. En 2021 se registraron 225 denuncias por agresiones a profesionales sanitarios, lo que supone un aumento del 14 por ciento de las denuncias de agresiones respecto a las presentadas el año anterior. Las causas estimadas de este repunte son la vuelta de la atención sanitaria de manera presencial a los centros sanitarios y la vigilancia del cumplimiento de las medidas higiénico sanitarias por la COVID-19. Los martes fue-





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

ron los días de la semana con mayor incidencia. En concreto, las agresiones se concentran en la franja horaria comprendida entre las 10 y las 12 horas. El perfil del agresor detenido suele coincidir con el de un varón de entre 36 y 55 años y de nacionalidad española. El perfil de la víctima es una mujer de edad similar y de la misma nacionalidad ■



El CGCOM coordinará el envío de ayuda a Ucrania. El Consejo General de Médicos (CGCOM) promoverá y canalizará el envío de suministros y material sanitario destinado a los centros sanitarios más afectados en Ucrania por la invasión de Rusia. Todo ello en colaboración con la Cámara Suprema de Médicos y Dentistas de Polonia ■

11 de marzo

Llegan los primeros niños ucranianos con patología oncológica que huyen de la guerra. La Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) y la Fundación Aladina lideran el traslado a España de los primeros niños ucranianos con cáncer. El objetivo es poder continuar el tratamiento de estos menores, que huyen de la guerra, en nuestro país. Los primeros 30 niños ucranianos llegan a Madrid para ser tratados en hospitales públicos de



referencia en el tratamiento del cáncer pediátrico: Hospital Niño Jesús, 12 de Octubre, Gregorio Marañón y La Paz. Los siguientes días serán trasladados más niños enfermos de cáncer a Barcelona, Valencia y Andalucía ■



Financiación insuficiente para el Plan de Acción de AP, según FADSP. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) advierte de que el Plan de Acción de Atención Primaria tiene unas propuestas que “van a suponer la pérdida de otra oportunidad de cambio y una gran frustración social y profesional”, ya que el principal problema del mismo es una financiación insuficiente. En concreto, el plan estima un presupuesto de 280 millones. Desde la FADSP calculan que la financiación necesaria ascendería a los 10.000 millones ■

Sanidad y CC. AA. acuerdan sistema transitorio de vigilancia contra la COVID-19. La Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Esta estará integrada por las redes de vigilancia nacionales y de las comunidades y ciudades autónomas. La red incluirá la vigilancia de enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, violencia y lesiones, determinantes sociales de la salud e inequidades en salud. Asimismo, integrará la información procedente de otros sistemas de vigilancia como farmacovigilancia, salud animal, seguridad alimentaria, sanidad ambiental y otros ■



14 de marzo

Impulso de la jubilación anticipada del personal sanitario. La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC. OO. (FSS-CC. OO.), la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) y la Secretaría de Salud, Sociosanitario y Dependencia de UGT Servicios Públicos pedían el impulso de la jubilación anticipada del personal sanitario y sociosanitario. Para ello, reclamaban una reunión urgente con la Seguridad Social con el objetivo de conseguir la aplicación de coeficientes reductores para el cálculo de la pensión. En una carta conjunta, CC. OO. CSIF y UGT Servicios Públicos solicitan a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y Pensiones que inicie este procedimiento ■

17 de marzo

SEMI reivindica en el Senado el papel de la Medicina Interna. La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) participaba en la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado y, a través de su presidente, Jesús Díez Manglano, ponía de manifiesto el papel de la Medicina Interna. En concreto, como especialidad generalista, transversal y con visión global del paciente. Esta ha ejercido un rol clave durante la pandemia, ha atendido al 80 por ciento de los pacientes COVID-19 no críticos hospitalizados. El presidente también abordaba la posible creación de nuevas especialidades, como la especialidad de Enfermedades Infecciosas ■



21 de marzo

Estudiantes reivindican una prueba de aptitudes para ingresar en Medicina. El Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) continúa reivindicando que exista una prueba de actitudes para ingresar en el Grado de Medicina. Pero, a partir de ahora, lo harán “con más firmeza”. “Creemos que es necesaria porque no solo se deben evaluar las cualidades de cada estudiante para estudiarse ocho libros de Biología o Física, sino



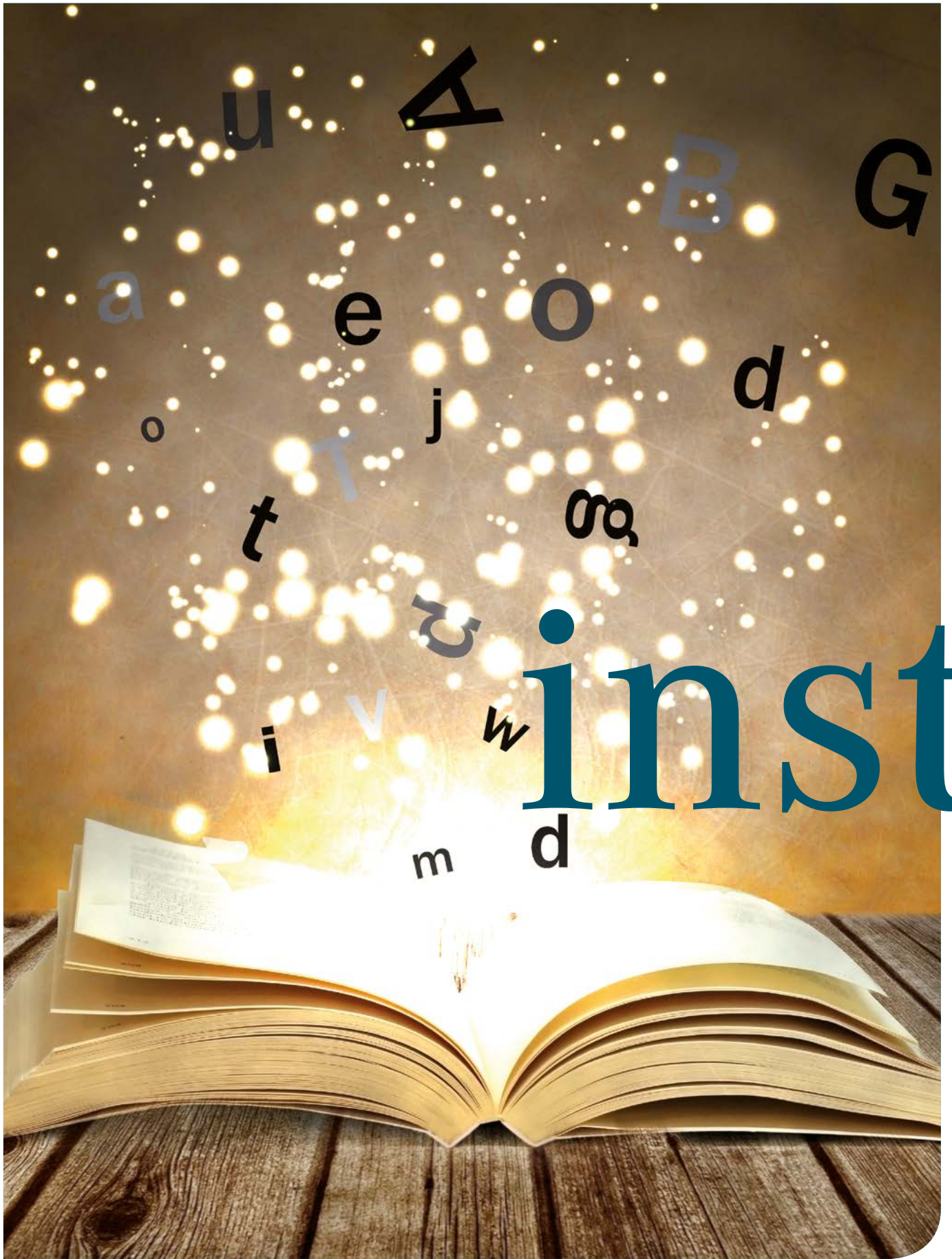
también aquellas que se van a necesitar en un futuro para desempeñar la labor médica”, aseguraba Luciana Nechifor, presidenta del CEEM. El Consejo daba a conocer las líneas de acción aprobadas en su última Asamblea General y la explicación de motivaciones y proyectos planeados para este nuevo período ■

23 de marzo

Nueva estrategia de Vigilancia y Control frente a la COVID-19. Se anuncia la entrada en vigor, el día 28 de marzo, de la actualización de la Estrategia de Vigilancia y Control frente a la COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Después de su aprobación por la Comisión de Salud Pública, esta se aplicará siempre que los indicadores de utilización de servicios asistenciales se encuentren en nivel bajo. Entre las novedades, se modifica la indicación de realización de pruebas diagnósticas, que se centrará en personas con factores de vulnerabilidad. Es decir, mayores de 60 años, inmunodeprimidos y embarazadas. También en ámbitos vulnerables, como sanitarios y sociosanitarios y casos graves. La vigilancia se centrará en estos grupos. El diagnóstico de pacientes con síntomas leves compatibles con COVID-19 se realizará según las necesidades de manejo clínico del mismo ■



NOTA: Cronología del 21 de febrero al 23 de marzo de 2022. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.elmedicointeractivo.com>



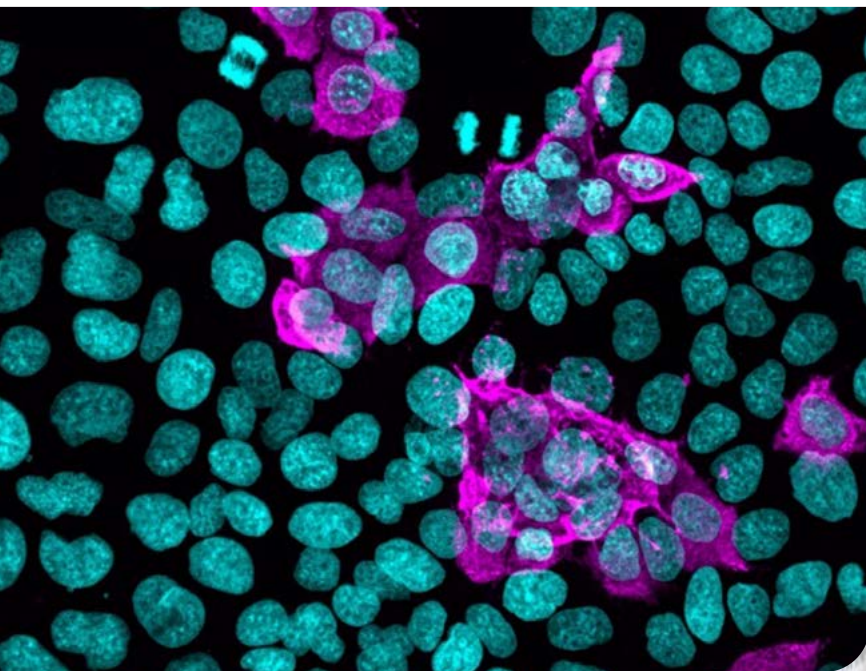
inst

La
antánea
médica



Alfa-1 antitripsina en la COVID-19

Un ensayo clínico realizado por investigadores de la Universidad de Medicina y Ciencias de la Salud RCSI y el Hospital Beaumont de Dublín (Irlanda) ha revelado un tratamiento eficaz para los pacientes con COVID-19 en estado crítico. El estudio, publicado en la revista científica 'Med', investiga los efectos del uso de una proteína antiinflamatoria, la alfa-1 antitripsina (AAT), para tratar a los pacientes con COVID-19 que han evolucionado hacia el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). El SDRA es un estado altamente inflamatorio caracterizado por el daño de las vías respiratorias, la insuficiencia respiratoria y un mayor riesgo de muerte. Las opciones de tratamiento para los pacientes con COVID-19 que padecen SDRA son especialmente limitadas. La AAT es una proteína humana natural producida



por el hígado y liberada en el torrente sanguíneo que normalmente actúa para proteger los pulmones de las acciones destructivas de las enfermedades comunes. Los resultados indicaron que el tratamiento con AAT condujo a una disminución de la inflamación al cabo de una semana. El estudio también descubrió que el tratamiento era seguro y bien tolerado, y no interfería con la capacidad de los pacientes de generar su propia respuesta protectora frente a COVID-19 ■

Vacuna de ARNm contra el VIH

La compañía Moderna ha anunciado que se ha administrado la dosis al primer participante en un ensayo clínico de una vacuna experimental de ARNm contra el VIH. “Desarrollar una vacuna que induzca niveles protectores sostenidos de anticuerpos neutralizantes del VIH en humanos ha sido difícil de lograr. En Moderna, creemos que el ARNm ofrece la oportunidad de adoptar un nuevo enfoque para este reto”, ha comentado el presidente de Moderna, Stephen Hoge. “Con el lanzamiento de nuestro segundo ensayo de vacuna contra el VIH, estamos avanzando en nuestra estrategia para utilizar múltiples trimeros de ARNm codificados como nativos del VIH y aprovechar el poder de nuestra plataforma de ARNm para acelerar el descubrimiento de una vacuna protectora contra el VIH”, ha continuado. El ensayo abierto, multicéntrico y aleatorizado de fase 1 (HVTN 302) está diseñado para evaluar la seguridad e inmunogenicidad de las vacunas experimentales de ARNm contra el VIH. La hipótesis principal es que las vacunas de ARNm, solubles y unidas a la membrana, serán seguras y bien toleradas por los individuos no infectados por el VIH y provocarán anticuerpos neutralizantes autólogos ■



Ataques a las instalaciones médicas de Ucrania

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han pedido a una sola voz el cese inmediato de los ataques a las instalaciones médicas de Ucrania tras constatar más de una treintena de bombardeos contra estos centros, que se han saldado con una docena de muertos. Las tres agencias de la ONU piden el cese de estos “horribles ataques que están matando y causando lesiones graves a pacientes y trabajadores de la salud y obligando a miles de personas a renunciar a acceder a los servicios de salud a pesar de las catastróficas necesi-



dades que padecen”. La nota, firmada por la directora ejecutiva de UNICEF, Catherine Russell; la máxima responsable del UNFPA, la doctora Natalia Kanem, y el director general de la OMS, el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, denuncia que “los ataques contra la población más vulnerable, incluidos bebés, embarazadas y enfermos” son “un acto de crueldad”. Según el sistema de vigilancia de ataques contra la salud de la OMS, se han registrado al menos 31 incidentes de esta naturaleza desde el principio de la invasión rusa de Ucrania, de los cuales 24 han desembocado en el daño o la destrucción de estos centros. Un total de 12 personas han muerto y 34 han resultado heridas, de acuerdo con estas estimaciones ■

El trabajo por turnos deteriora el rendimiento

El trabajo por turnos está vinculado a una peor memoria de trabajo y a una menor velocidad de procesamiento mental, según un análisis conjunto de los datos disponibles, publicado en línea en la revista *‘Occupational & Environmental Medicine’*. También se asocia a niveles más bajos de alerta y concentración visual, así como a la capacidad de controlar los impulsos y la respuesta situacional, lo que puede aumentar el riesgo de lesiones y errores en el lugar de trabajo, sugieren los investigadores. El trabajo por turnos se ha relacionado con graves problemas de salud debido a que el reloj interno del cuerpo (ritmo circadiano) no se ajusta al ciclo normal de luz y oscuridad. Entre ellos se encuentran los trastornos del sueño, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la diabetes, los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias. Los investigadores explican que trabajar fuera del ciclo diurno y nocturno normal interfiere en el ritmo circadiano y en la expresión de las hormonas que lo rigen -cortisol y melatonina-, lo que a su vez altera el ciclo de sueño y vigilia. “La reducción del rendimiento neuroconductual en los trabajadores por turnos podría desempeñar un papel importante en relación con las lesiones y los errores relacionados con el trabajo”, con implicaciones para la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, escriben los investigadores. ■





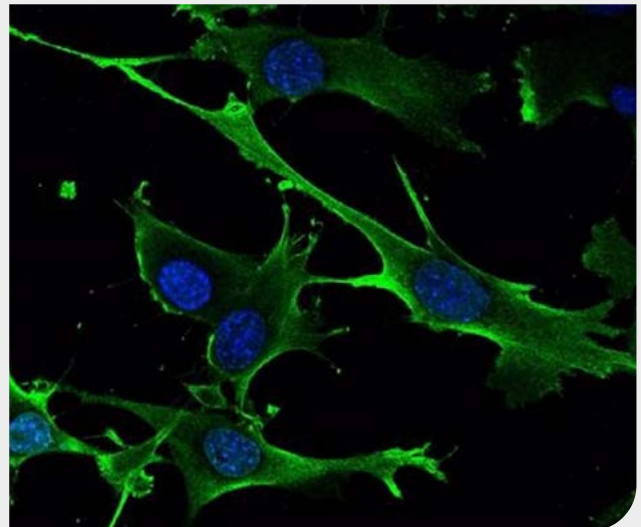
El 60% de los españoles no es consciente del riesgo al que expone su audición



El 60 por ciento de los españoles reconoce no ser consciente del riesgo al que expone a su audición y más de la mitad no tiene suficiente información sobre cómo cuidarla, especialmente los jóvenes de entre 18 y 24 años, según ha revelado el estudio 'La importancia de la audición: escuchar para cambiar el mundo'. Entre los principales factores de riesgo para la audición, son el ruido y la toma de determinados fármacos de forma continuada e incontrolada. La mayoría de los españoles cree que está cuidando de forma adecuada sus oídos y por tanto no necesitan revisarlos. La generación Z es la que menos está preocupada, ya que el 55 por ciento de los que tienen entre 18 y 24 años nunca se han hecho una revisión. Además de seguir una serie de cuidados, como puede ser escuchar música a volúmenes limitados, usar protectores en discotecas o conciertos, es importante acudir de forma periódica a un especialista en audición, como puede ser el otorrinolaringólogo, audiólogo o audioprotesista, para que pueda revisarla y detectar un posible daño. En cuanto a las consecuencias asociadas a una pérdida auditiva, el 85 por ciento de los españoles destaca la relación con los problemas de comunicación. De hecho, también el 75 por ciento destaca las dificultades para mantener conversaciones con amigos y familiares como lo que más echarían en falta si perdieran su capacidad auditiva ■

Descubierto un nuevo gen inductor de cáncer y sus debilidades terapéuticas

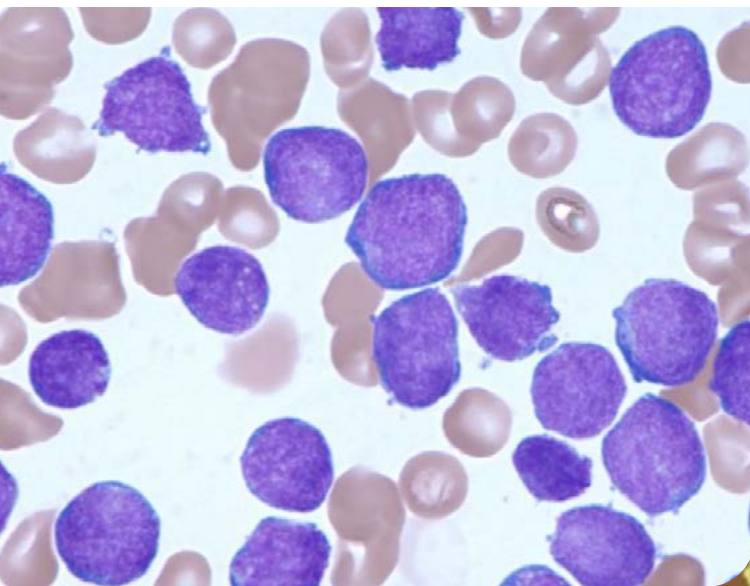
Investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) lideran un estudio que ha demostrado que una mutación del gen *RRAS2* actúa como un inductor del cáncer en un amplio espectro de células del organismo, lo que, además, ha permitido descubrir sus debilidades para identificar los fármacos que podrían ser usados con mejor eficacia. Tal y como explican en un comunicado, a través del estudio de las células tumorales generadas tras la expresión de esta versión mutante, este trabajo ha iluminado también los cambios que provoca en cada uno de los tipos celulares que originan dichos tumores. Esto ha permitido descubrir 'Talones de Aquiles' en cada uno de estos tumores lo que, a su vez, ha llevado a identificar fármacos que podrían ser usados para tratar a pacientes con tumores que alberguen mutaciones en dicho gen. La secuenciación intensiva del genoma de tumores realizado a lo largo de los últimos años ha permitido identificar miles de alteraciones



genéticas, denominadas mutaciones. El gran reto científico es determinar cuáles de estas mutaciones son relevantes en el desarrollo del cáncer y, tras ello, descubrir los cambios que provocan en las células normales de nuestro organismo para convertirlas en células malignas ■

España, líder en actividad investigadora en leucemia aguda linfoblástica

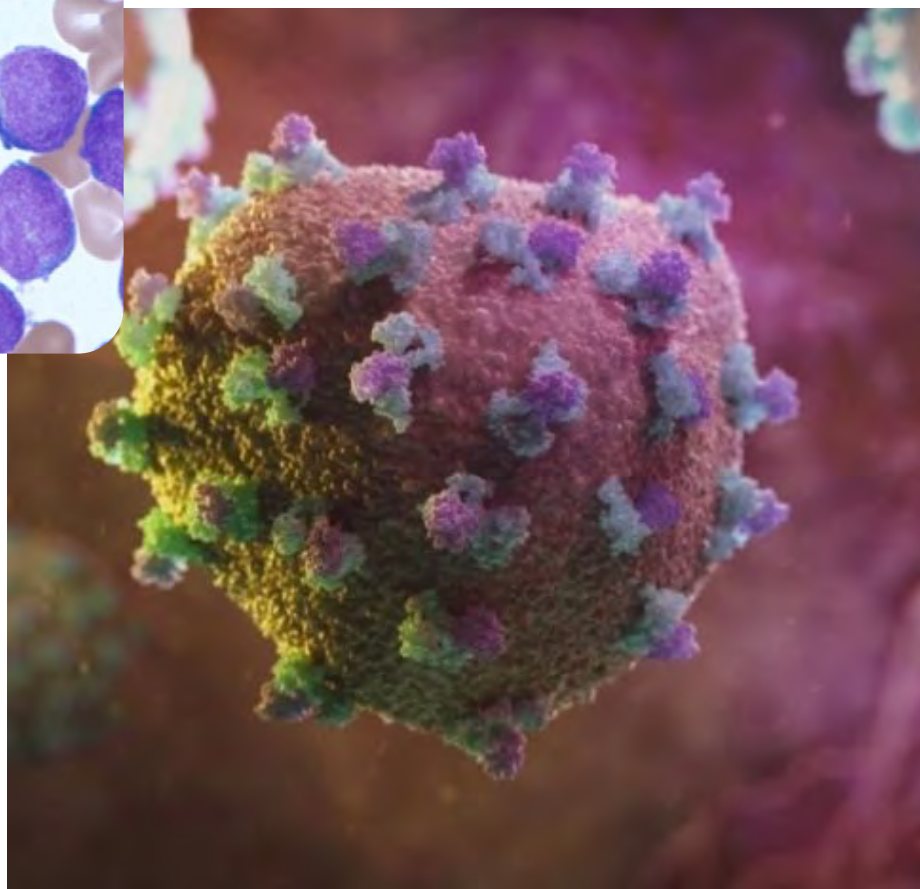
España lidera una gran actividad investigadora en leucemia aguda linfoblástica (LAL), tal y como se ha puesto de manifiesto en el 5º Workshop LAL, organizado por el Programa Español de Tratamientos en Hematología (PETHEMA), grupo cooperativo de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), y celebrado recientemente en Madrid. En el caso de los adultos, los asistentes han presentado información sobre resultados de ensayos clínicos fase 2 con anticuerpos monoclonales (inotuzumab y blinatumomab) en primera línea en la LAL de precursores B y también ensayos clínicos con inmu-



noterapia (blinatumomab) e inhibidores de tirosinquinasa (dasatinib o ponatinib) en primera línea, sin quimioterapia, en la LAL con cromosoma Filadelfia. Además, se han presentado resultados prometedores de estudios con nuevos constructos de células CAR-T. Cabe destacar que en España hay diversos ensayos clínicos activos con células CAR-T para adultos con LAL. Uno de estos estudios recibe el nombre de 'PhALLCON', que es de ámbito internacional y cuenta con participación de centros españoles. En él se compara imatinib con ponatinib, en combinación con quimioterapia atenuada, como tratamiento de primera línea de la LAL con cromosoma Filadelfia. El estudio tiene reclutado prácticamente el 100% de pacientes ■

Desarrollan novedosas moléculas inhibitoras del virus de la hepatitis C

Un equipo interdisciplinar del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) han desarrollado novedosas moléculas cortas de ADN y de ARN estructurado que inhiben la replicación del virus de la hepatitis C (VHC) mediante evolución 'in vitro', que podría contribuir al desarrollo de nuevos biosensores y sistemas de diagnóstico con una sensibilidad de detección mucho mayor que los actuales. Dichas moléculas, conocidas genéricamente como "aptámeros", han sido producidas y caracterizadas en el CAB mediante variantes de un sistema denominado SELEX. Estos aptámeros, ya patentados, se unen con gran afinidad y especificidad a la proteína denominada "core", que forma la cápsida del VHC y es la más conservada entre las codificadas por su genoma. El equipo está formado por investigadores del Centro de Astrobiología (CAB, CSIC-INTA), Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CBMSO, CSIC-UAM) y Centro Nacional de Biotecnología (CNB, CSIC); y el trabajo ha sido publicado en la revista 'Journal of Molecular Biology' ■





saned.
GRUPO

El Médico
Interactivo

El Médico

*Desde 1981
comunicando
en salud*





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 cochinitilla A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** 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 cochinitilla A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). 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 otros 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 ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. Muy raras: Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. Poco frecuentes: Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. Muy raras: Hemorragia gástrica. Frecuencia no conocida: Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. Poco frecuentes: Eczema, eritema, urticaria. Frecuencia no conocida: Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Muy raras: Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Frecuencia no conocida: Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Frecuencia no conocida: Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Frecuencia no conocida: Asma. **Trastornos renales y urinarios:** Frecuencia no conocida: Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** Frecuencia no conocida: Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilсарosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP_{Ph}:** 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.

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*



¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

Lograr una farmacia más imprescindible para todos
UNIENDO lo Sanitario y lo Social



Ya lo estamos haciendo.

En tan sólo 4 meses, ¡¡las farmacias farmaSOLIDARIA han compartido más de 1.500 Momentos Solidarios de sus clientes/pacientes!!!

Nosotros nos encargamos de todo, desarrollar los proyectos, los convenios con las entidades sociales, gestionar los certificados de donación, poner en marcha el sistema de recaudación, “vestir” tu farmacia para potenciar la comunicación,...

Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.




farma
SOLIDARIA

Conoce que:

farmaSOLIDARIA es independiente, el 100% del programa se sostiene gracias a las cuotas de sus farmacias MIEMBROS, y el 100% de las donaciones recogidas van a los proyectos Solidarios.

Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:

Web: www.farmasolidaria.com
Email: info@farmasolidaria.com
Tf: 606 406 967