

El Médico

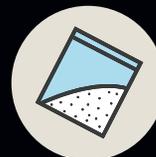
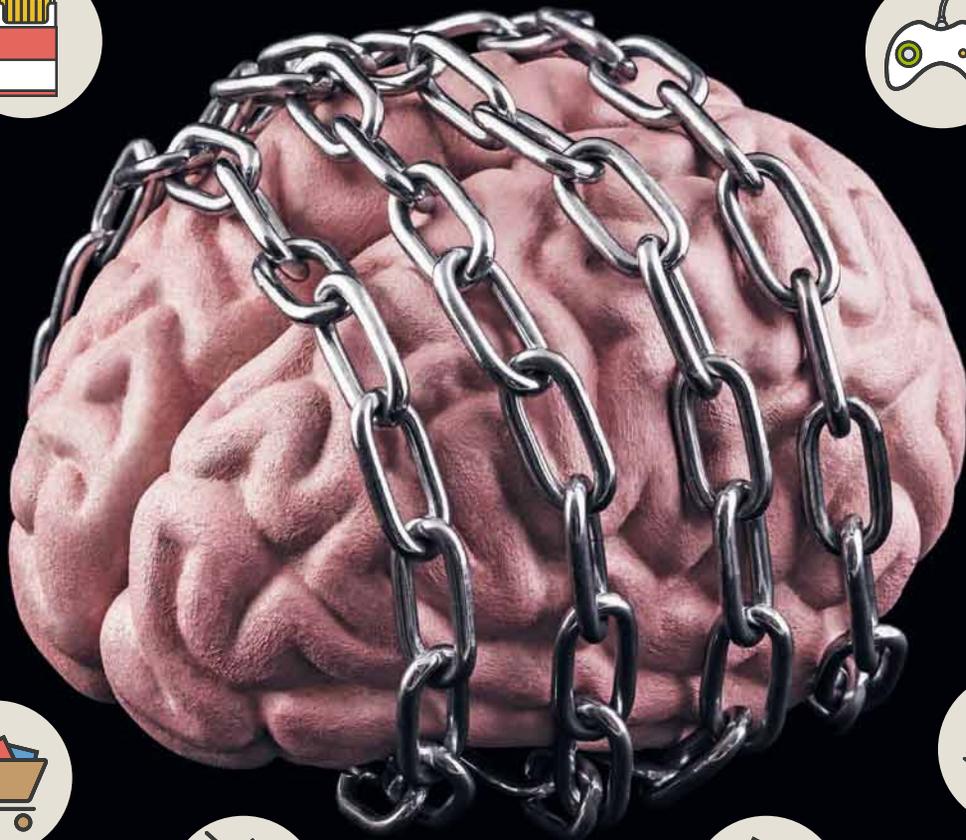
www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD | N° 1233. Enero-Febrero 2023



PUBLICACIONES
Nuevo Canal Pódcast EMI

ESPECIAL ADICCIONES

El viaje del vicio a la enfermedad



ATERINA
SULODEXIDA



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

La **protección endotelial** para el sistema venoso

- ✓ Indicada en el Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica y en el Tratamiento de las Úlceras Venosas
- ✓ Además de mejorar los síntomas y signos, previene la progresión de la Enfermedad Venosa Crónica⁽¹⁻⁴⁾



ALFASIGMA
es.alfasigma.com



SUMARIO

ESPECIAL ADICCIONES

La experiencia de la pandemia por coronavirus ha supuesto “un desafío extra” para las personas con adicciones. Así lo han indicado diversos psiquiatras y psicólogos durante los tres últimos años. Probablemente, el efecto de esta crisis sanitaria continúe aumentando en los próximos años, especialmente entre los jóvenes. Los expertos recuerdan que el vicio se elige; la enfermedad, no.



REPORTAJE

6 Adicción: el viaje del vicio a la enfermedad

Los expertos inciden en el concepto de que las adicciones son trastornos y deben tratarse como cualquier otra enfermedad. Tal vez una persona comience a consumir sustancias, como el alcohol, el tabaco, el cannabis o la cocaína, por puro divertimento, pero solo es el inicio de un viaje que para un porcentaje de consumidores termina en una enfermedad.

ENTREVISTAS



14 Joan R. Villalbí
Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



18 Elena Aldasoro
Responsable del Área de Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno vasco



26 Néstor Szerman
Presidente de la Fundación Patología Dual y de la Asociación Mundial de Patología Dual



32 Fernando Caudevilla
Portavoz del Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)



38 Ignacio Civeira
Psiquiatra del Centro Integral de Prevención e Investigación en Adicciones Comportamentales del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid



44 Francisco Pascual
Presidente de SOCIDROGALCOHOL



50 Rafael Ortí
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSGS)



56 REPORTAJE

2022: vuelta a la normalidad y crisis en la Atención Primaria



64 ENTREVISTA
Javier Anitua
Director de la Fundación Viatrix para la Salud



82 PUBLICACIONES

EL MÉDICO INTERACTIVO lanza su canal de podcast

OTROS TEMAS

Terapéutica en SII 70
Instantánea Médica 78

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, Blanca Erce y Beatriz Vadillo

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, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Javier Granda, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Laura Clavijo y Bárbara Fernández.

Agencia: Europa Press.

Community manager: Carmen Bascuas.

Marketing: Laura Delgado

Humanidades Médicas: Ángel Rodríguez Cabezas.

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

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

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

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: COMECO. 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 Periodística n.º 3.657 El contenido incluido en este medio está dirigido exclusivamente a profesionales sanitarios facultados para prescribir o dispensar medicamentos. Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2023. 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.

Evidencia científica

Estadísticas

Literatura

Artículos

Vídeo Paciente

Situaciones clínicas

Teatro

Animaciones

Películas

Storytelling

Anclaje del mensaje
Memorabilidad
Cambio de comportamiento

Resultados de estudios

Calidad de vida

Farmacoeconomía

Documentales

Mecanismo de acción

Teasers

ESPECIAL ADICCIONES/REPORTAJE DE PORTADA



Adicción: el viaje del vicio a la enfermedad

La experiencia de la pandemia por coronavirus ha supuesto “un desafío extra” para las personas con adicciones. Así lo han indicado diversos psiquiatras y psicólogos durante los tres últimos años. Probablemente, el efecto de esta crisis sanitaria continúe aumentando en los próximos años, especialmente entre los jóvenes. Los expertos recuerdan que el vicio se elige; la enfermedad, no.

Texto J Eva Fariña

Fotos J EL MÉDICO



Los expertos inciden en el concepto de que las adicciones son trastornos y deben tratarse como cualquier otra enfermedad. Tal vez una persona comience a consumir sustancias, como el alcohol, el tabaco, el cannabis o la cocaína, por puro divertimento, por entretenimiento o por vicio, pero solo es el inicio de un viaje que para un determinado porcentaje de consumidores termina en una enfermedad.

Aparte de las adicciones a sustancias, que son las más frecuentes, también destacan otras comportamentales, como el juego, el sexo, la comida, o las compras.

Posibles diferencias por género

Néstor Szerman, presidente de la Fundación Patología Dual, ha comentado que el cerebro de una mujer y de un hombre son distintos desde el punto de vista evolutivo. “Se han desarrollado para tener funciones distintas; en ese sentido, en la salud y en la enfermedad, los hombres y las mujeres somos distintos”.

En algunas enfermedades emocionales la incidencia y la prevalencia son mayores en mujeres (3-4 a 1). En las adicciones comportamentales, por ejemplo, el juego de apuestas, la prevalencia de hombres es mucho mayor que en las mujeres (4-5 hombres por cada mujer). Lo mismo ocurre con otras enfermedades mentales.

Las presentaciones más afectivas, emocionales, afectan más a las mujeres, mientras que la impulsividad es un rasgo más predominante en los varones.

Diferencias hormonales

Las diferencias hormonales podrían ser la causa de que las mujeres con patología dual presenten más riesgo de recaída en

adicciones y estados depresivos. Así lo ha indicado Francina Fonseca, psiquiatra de Adicciones en el Hospital del Mar de Barcelona, durante unas jornadas organizadas por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), con la colaboración de la Societat Catalana de Psiquiatria y Salut Mental.

Se conoce como patología dual la condición clínica en la que coexisten una adicción y otro trastorno mental. Según Francina Fonseca, afecta con mayor frecuencia a las mujeres, que ingresan menos que los hombres por adicciones, pero cuando lo hacen tienen mayores probabilidades de padecer patología dual.

Un dato significativo aportado por esta psiquiatra ha sido que el 50-70 por ciento de las mujeres con algún tipo de adicción también sufre depresión.

La evidencia científica ha mostrado diferencias en la expresión del cortisol en hombres y mujeres.

La hormona reguladora del estrés se dispara en situaciones de gran nerviosismo, pero las mujeres con patología dual tienen una subida menos intensa, lo que dificulta el afrontamiento del estrés e incrementa el riesgo de recaída.

Factores socioeconómicos

Evidentemente, la adversidad en todos los sentidos es un factor que afecta más a las personas vulnerables. No todas las personas que sufran una situación traumática van a desarrollar una enfermedad mental, pero tienen más posibilidades aquellas con una predisposición.

La situación económica influye también, puesto que “no es lo mismo tener una enfermedad mental y ser rico que ser pobre”, como ha dicho Néstor Szerman. La pobre-

za y la adversidad son elementos que aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno mental como la adicción.

Los datos epidemiológicos relacionados con las adicciones no aportan esta información; es decir, tener un trastorno mental es como tener diabetes o cualquier otra enfermedad, puede afectar igual a ricos que a pobres, a personas más y menos inteligentes, etc.

El sistema penitenciario

Un alto porcentaje de personas con adicciones acaban excluidas de su entorno familiar, social y laboral. En muchas ocasiones, se ven abocadas a delinquir para conseguir sus objetivos y, finalmente, terminan en prisión. Y tal vez en este ámbito es donde más se ha denunciado “el fracaso” del sistema, al no conseguirse una tasa aceptable ni de curación ni de reinserción.

En la Comunidad Valenciana se ha elaborado el Informe del Observatorio de Salud Mental y Prisiones, que en 2022 ha publicado su segunda edición. Según los resultados, el 40 por ciento de los 6.300 reclusos internos en la Generalitat tiene trastornos de salud mental. Del total, un 90 por ciento son hombres.

Frente a estas cifras, los expertos han criticado la asistencia prestada en el sistema penitenciario español, especialmente por la sobrepoblación, la falta de psiquiatras, el aislamiento de personas con brotes y la sobremedicación de los pacientes reclusos.

Los responsables del informe han denunciado que “las prisiones se han convertido en los psiquiátricos del siglo XXI”. También han definido como “un fracaso del sistema de salud mental” el hecho de que la gran mayoría de las personas con diagnóstico de salud mental y adicción (patología dual), cuando no tienen un entorno favorable, acaban en prisión.



En la Comunidad Valenciana está vigente desde el año 2009 el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM). A pesar de ello, “y lejos de la voluntad del equipo sanitario y de tratamiento, no se cumple ninguno de los objetivos del programa”, han lamentado sus responsables.

Otro problema habitual es que, ante la falta de psiquiatras para atender a los pacientes penitenciarios, la medicación la prescriben médicos no especialistas. Si se producen crisis agudas, los pacientes se llevan a zonas de aislamiento, “algo no terapéutico, sino punitivo”, dicen los responsables del plan valenciano.

Adicciones en personal sanitario

La salud emocional del médico, sobre todo los últimos años, es “mala”, como ha definido José Polo, presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). “El personal sanitario ha estado sometido a un gran estrés durante la pandemia, tanto a nivel profesional como familiar. El miedo a llegar a casa y poder contagiar a los demás ha sido grande. Ade-

más, en los últimos años también ha sufrido un elevado desgaste profesional, por lo que el desánimo está aumentando”.

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) publica sus datos cada dos años. El último informe recoge estadísticas de 2019-2020, años en los que 1.201 médicos (60 por ciento, mujeres) han solicitado atención en el programa, un 37 por ciento más que en el periodo anterior.

Manuela García Romero, coordinadora nacional del PAIME, ha destacado que el trastorno mental ha sido el principal motivo de ingreso en el programa (76,8 por ciento). La patología adictiva ha representado un 13,5 por ciento, con una presencia mayoritaria de abuso de alcohol (66 por ciento) y otros tóxicos (34 por ciento). Los médicos con patología dual han sido un 9,7 por ciento del total de los atendidos.

En cuanto a la situación laboral, el 63 por ciento de los médicos estaba trabajando cuando solicitó la ayuda, mientras que el 34 por ciento presentaba baja laboral y el 2 por ciento estaba en paro. Otro 1

ciento tenía inhabilitación profesional temporal. Del total, el 86 por ciento trabajaba en el Sistema Nacional de Salud, y el 9 por ciento, en el ejercicio privado. También había un 5 por ciento de médicos que compaginaba los dos ámbitos.

Por edad, el 25,7 por ciento de los médicos atendidos en el programa tenía entre 51 y 60 años; no obstante, los responsables del informe han alertado del incremento del número de casos en la franja de menores de 30 años.

Por especialidades, los médicos más vulnerables pertenecían a Medicina Familiar y Comunitaria y Urgencias, seguido de anestesiólogos (6 por ciento), pediatras (6 por ciento) y psiquiatras (4 por ciento).

Desde su creación en 1998 y hasta finales de 2021, el PAIME ha atendido a 6.372 médicos por trastorno mental y/o adicciones. El porcentaje de recuperación y reingreso en el ejercicio de la Medicina supera el 90 por ciento.

Alcohol y tabaco

La adicción a las sustancias legales, como el tabaco y el alcohol, son las más frecuentes en España. Su tratamiento va encaminado, en principio, al abandono absoluto de su consumo. De hecho, se dice que las personas con adicción al tabaco y al alco-



hol son pacientes crónicos. En la actualidad ya existe tratamiento farmacológico de deshabituación tabáquica, financiado por el sistema sanitario público, que tiene como objetivo reducir las cifras de fumadores en España y, en un futuro próximo, evitar enfermedades respiratorias, cardiológicas, oncológicas, etc.

Los últimos avances en el ámbito de la adicción al alcohol y al tabaco proceden de la investigación genética. Así, un gran estudio realizado en Estados Unidos ha identificado más de 2.300 genes que podrían predecir el consumo de alcohol y tabaco. En este proyecto se ha analizado la información aportada por más de 3,4 millones de personas.

En las conclusiones, los autores del estudio han destacado que la mayoría de los genes identificados son similares en personas de ascendencia europea, africana, americana y asiática.

El entorno y la cultura pueden influir en el consumo de una persona y en la probabilidad de que se vuelva adicta a estas sustancias. En este estudio se ha demostrado también que la genética es otro factor que contribuye al desarrollo de una adicción.

La investigación ha generado información de gran valor para comprender los mecanismos de predisposición genética al consumo de alcohol y tabaco, así como de sus consecuencias. En los próximos años se podrían utilizar los factores de riesgo genético en la atención de las personas ya identificadas mediante cribado básico como de mayor riesgo de consumo de estas sustancias.

Drogas cada vez más adictivas y tóxicas

En los últimos 25 años han aparecido sustancias adictivas más potentes y tóxicas

que aumentan el riesgo para el consumidor. Estas drogas ‘nuevas’ preocupan especialmente en el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, responsable del Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea.

Los expertos han destacado “la alta disponibilidad” de estas sustancias en todo momento, incluso durante el estado de alarma y el confinamiento decretados tras la aparición de la pandemia por COVID-19.

El 13,5 por ciento de los médicos atendidos en el Programa PAIME tiene patología adictiva, sobre todo, abuso de alcohol

advertencias sobre la propagación de cannabis con bajo contenido de THC adulterado con cannabinoides sintéticos. También se alertó de la detección de medicamentos analgésicos opioides falsos que contienen opioides muy potentes.

Nuevas sustancias psicoactivas

En un informe elaborado por el Observatorio, los expertos han analizado las nuevas sustancias psicoactivas. Según las conclusiones, la globalización de los mercados de drogas y los avances tecnológicos han aumentado el número, el tipo, la disponibilidad y los daños causados por estos productos. En la actualidad, el mercado es más resistente y muy dinámico, por lo que es complicado de detectar.

Entre los principales grupos de nuevas sustancias psicoactivas, el Observatorio Europeo de Drogas ha destacado las catinonas sintéticas, los cannabinoides sintéticos, los opioides y las benzodiazepinas.

En España, la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) ha pedido a las autoridades sanitarias un mayor control sobre el consumo de psicofármacos. Este país ocupa el primer puesto en el mundo

Durante el año 2021, el Observatorio Europeo emitió siete alertas de salud pública basadas en amenazas relevantes. Entre otros avisos, incluyeron

de consumo de benzodiazepinas, según un informe de Naciones Unidas publicado en 2021. Así, 110 personas por cada mil han tomado al menos una dosis de benzodiazepina al día. Para evitar este consumo “exagerado”, la OCU ha pedido una atención pública adecuada a los problemas de Salud Mental.

Por su lado, la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), dependiente del Ministerio de Sanidad, ha informado de que entre los años 2010 y 2021 el aumento en el consumo de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes ha sido de más de 10 puntos. De una media de 82,5 dosis diarias por mil habitantes al inicio de la pasada década se ha pasado a 93,04 en 2021.

Más preocupantes son las cifras entre 2019 y 2021, en el contexto de la pandemia, cuando el aumento ha pasado de 86,93 a 93,04 dosis diarias por mil habitantes en 2021.

La OCU ha pedido más especialistas en Salud Mental en la Sanidad pública, especialmente en Atención Primaria, para abordar los problemas de ansiedad o insomnio.

Cuando los pacientes se automedican sin el control de un médico, esta familia de fármacos puede provocar adicción. En el caso de pacientes con una posible predisposición, se puede indicar la pregabalina como un sustituto seguro de las benzodiazepinas, como así confirman diversos estudios publicados en los últimos años.

Apuestas y juegos de azar

El 100 por ciento de las personas con trastorno por juego de apuestas presenta además otro trastorno mental. Ha sido uno de los datos destacados de una investigación liderada por psiquiatras de la Fundación de Patología Dual, dependiente de la SEPD.

Anteriormente, el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (NIH, por sus siglas en inglés) había demostrado que el 96 por ciento de las personas con adicción al

juego presentan, además, otros trastornos mentales.

La adicción por juego de apuestas “es un trastorno mental que, en algunas ocasiones, puede ser de enorme gravedad”, ha dicho Néstor Szerman, presidente de la Fundación de Patología Dual. “Destruye la vida de personas y familias. Por supuesto, se elige jugar, pero nadie elige tener una adicción. Se produce en personas vulnerables, que nacen ya con una predisposición hereditaria y neurobiológica y sobre las cuales terminan de impactar las condiciones medioambientales”.

Un 30 por ciento de los pacientes con adicción al juego presenta también síntomas de depresión moderada o severa. Además, un 76,7 por ciento tiene rasgos de elevada impulsividad.

Pablo Vega, uno de los autores de la investigación española, junto con Néstor Szerman, ha hablado del “gran estigma” que sufren las personas diagnosticadas con trastorno por juego de apuestas u otras adicciones. “Son vistas como personas viciosas, cuando lo que realmente sufren es un trastorno mental. Además, son discriminadas por la sociedad y, lo que es peor, también por los dispositivos asistenciales. El Sistema Nacional de Salud no les brinda una atención adecuada. La adicción es un trastorno mental y, por tanto, no se elige”, ha recalcado.

Nuevas tecnologías

El impacto de internet en todos los aspectos, personales, sociales, laborales, etc., sigue evolucionando a lo largo de los años. En la actualidad existe cierta controversia con los efectos que todos los dispositivos electrónicos tendrán, o tienen ya, en las personas con problemas de adicción.

En este sentido, se recomienda ‘dosificar’ la cantidad de tiempo y de información digital recibida. Así, Augusto Zafra, responsable de la Unidad de Desintoxicación y

Patología Dual del Hospital Vithas Aguas Vivas, ha observado ya adicciones derivadas de “una progresiva digitalización”.

En su opinión, este abuso de la tecnología se convertirá “en un problema de Salud Pública de primer orden”. Los estímulos de alto impacto generados por videos cortos y virales en un cerebro en desarrollo de niños y adolescentes pueden generar un tejido neuronal en el adulto tendente a la hiperestimulación, la inmediatez y la pérdida de foco atencional, ha explicado.

Las redes sociales también son otro foco de atención para los psiquiatras, puesto que ge-

neran grandes estímulos, especialmente entre los menores. Un uso inadecuado de esta forma de comunicación puede causar efectos neuronales similares a un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Una autogestión sana del tiempo que se invierte en estas plataformas digitales es fundamental para mantener el equilibrio mental, como ha dicho el experto; sin embargo, precisamente los algoritmos están diseñados para dificultar esta labor.

El objetivo de las plataformas de redes sociales es captar la atención plena y el máximo tiempo de la audiencia. Para ello, han diseñado una serie de vídeos cortos

El Ministerio de Sanidad ha publicado en enero de 2023 la ‘Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES 2022)’, con la información relativa a las drogas con mayor prevalencia de consumo en los últimos 12 meses.

Adicciones a sustancias:

- Disminución de los consumos intensivos de alcohol en 2,7 puntos porcentuales en la población española de entre 15 a 64 años respecto a 2020. Han pasado de un 19,4 por ciento a un 16,7 por ciento en 2022.
- Reducción de 2,5 puntos en el número de personas en el consumo en botellón, que pasa de un 9,9 por ciento en 2020 a un 7,4 en 2022.
- Entre las sustancias más consumidas en los últimos 12 meses en España destacan el alcohol (76,4 por ciento), el tabaco (39), los hipnosedantes (13,1), el cannabis (10,6) y la cocaína (2,4).
- Por edades, el consumo es mayor en el grupo de 15 a 34 años, salvo en hipnosedantes y analgésicos opioides, que aumenta a partir de los 35 años.

Adicciones comportamentales:

- Aproximadamente un 65 por ciento de la población de 15 a 64 años percibe como un riesgo jugar con dinero semanalmente, dato que se ha visto reducido con respecto al 2020.
- El 58,1 por ciento de la población de 15 a 64 años ha jugado con dinero online y/o presencial en los últimos 12 meses (el 57,4 por ciento de forma presencial y el 5,3 por ciento de forma online). Se ha observado un descenso de la frecuencia del juego con respecto a 2020.
- El 3,5 por ciento de la población encuestada dice hacer un uso compulsivo de internet.



ESPECIAL ADICCIONES/REPORTAJE DE PORTADA

Adicción: el viaje del vicio a la enfermedad

que se relacionan con “la prisa sensorial”, la dopamina y lo que Augusto Zafra ha denominado “cascadas endorfinicas a golpe de deslizamiento”.

Esta píldora sensorial se puede convertir en convulsiva, de tal manera que el usuario enfoca su atención hacia una pantalla de forma que escapa a su autocontrol, a lo racional y a la percepción temporal.

Compañías como Tik Tok, Instagram o YouTube han desarrollado herramientas para ver vídeos cortos, de apenas unos segundos, para mantener la atención del público. “Estas plataformas nos proporcionan la mejor píldora sensorial de forma inmediata y de pulso rápido capaz de sacudir todas nuestras áreas cerebrales sensoriales y emocionales”, ha explicado Augusto Zafra.

El video rápido, según ha comentado, “tiene un alto impacto en el sensorio humano y provoca una desconexión de la realidad”. “Nos proporciona un placer instantáneo difícil de describir y nos sacude las emociones dormidas”.

Corregir, no prohibir

En el ámbito de la tecnología, al contrario que en otras adicciones, la finalidad de una terapia no es eliminar o prohibir totalmente el motivo causante, sino corregir actitudes. “No se trata de erradicar la tecnología de la vida de los adolescentes, sino de enseñarles a hacer un uso adecuado de las mismas”. Estas palabras de Concepción Dancausa, consejera de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid, las pronunció precisamente durante su visita al Servicio de Atención en Adicciones Tecnológicas (SAAT) de la Comunidad de Madrid.

Esta institución ha atendido en sus casi cinco años de funcionamiento a más de

400 adolescentes de entre 12 y 17 años que presentaban conductas alteradas por el abuso o dependencia de los dispositivos digitales. Las terapias, con una duración de 3-6 meses, implican tanto al joven como a su familia, y consiguen una tasa de éxito superior al 80 por ciento.

El equipo multidisciplinar del SAAT ofrece herramientas para mejorar la prevención, la formación y la intervención, dirigidas también a los profesionales de los ámbitos educativo, social y sanitario.

Algunas experiencias autonómicas

La Comunidad de Madrid tiene en vigor el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024, con una inversión que supera los 43 millones de euros. También ha aprobado la contratación de 370 profesionales especialistas en Psiquiatría, Psicología clínica, Enfermería en Salud Mental o Terapia ocupacional, según ha informado el Gobierno autonómico.

El Plan de Madrid agrupa la asistencia ofrecida en Salud Mental en el Summa 112, Atención Primaria y en los hospitales públicos. Igualmente, se ha creado la Unidad de Trastornos Adictivos Comportamentales en el Hospital Universitario Gregorio Marañón, y se ha anunciado la puesta en marcha de cuatro nuevos Hospitales de Día de Niños y Adolescentes, con 54 profesionales de Psiquiatría, Psicología clínica, Enfermería y Terapia ocupacional.

En Cataluña, el pasado mes de diciembre, Manel Balcells, conseller de Salut de la Generalitat, se comprometió a impulsar una ley de adicciones. En concreto, el objetivo marcado ha sido comenzar su trámite parlamentario en el primer semestre de 2023 y que se apruebe antes de que acabe el año.

Balcells ha invitado a los partidos de la oposición a participar de la tramitación parlamentaria. Su idea es “hacer un buen instrumento para abordar nuevas adicciones”. En este sentido, se ha mostrado preocupado por el incremento de las adicciones al juego con dinero y a las pantallas y videojuegos, sobre todo entre los jóvenes.

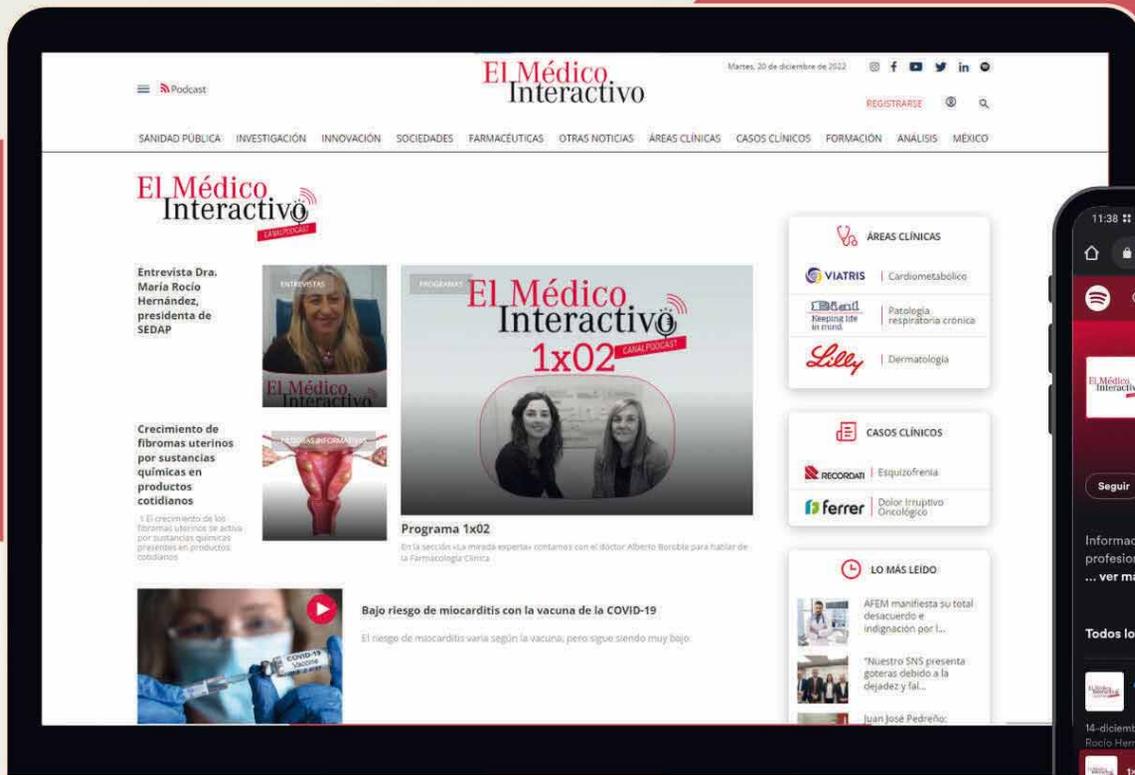
Por su parte, la Generalitat Valenciana ha puesto en marcha el Plan de Acción en Salud Mental 2023-2026, con una dotación de 40 millones de euros en 2023. En principio, está prevista la incorporación de 250 profesionales, y posteriormente se sumarán refuerzos de plantilla en los próximos años.

Con esta iniciativa, el Gobierno valenciano prevé “incidir en aspectos como la educación, el trabajo y la vivienda”. “La salud mental ha salido de la marginalidad y ya está en el centro de la atención ciudadana, política y comunicativa”, según ha manifestado Rafael Tabarés, portavoz del Consell en Salud Mental.

Dentro de este plan, destaca la creación de tres unidades “mamá-bebé”, donde mujeres con problemas de salud mental, drogodependencias o conductas adictivas que se plantean la maternidad recibirán asesoramiento especializado por parte de seis trabajadores.

Las personas con drogodependencias y trastornos de comportamiento como ludopatía o adicciones tecnológicas podrán acudir a una reforzada red de unidades preventivas comunitaria de conductas adictivas. Dicha red depende de la Generalitat, pero está gestionada por los ayuntamientos, y prevé la contratación de 85 profesionales hasta 2026.

En definitiva, la tendencia es que la atención de las personas con dependencia o adicciones esté a cargo más del sistema sanitario que de las entidades sociales, aunque todavía queda un largo camino por delante ■



El Médico Interactivo

Canal de pódcast



Nadie
es inmune
al riesgo
de desarrollar
una adicción

Joan R. Villalbí

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos EL MÉDICO



“Nadie es inmune al riesgo de desarrollar una adicción”

La información y sensibilización pública sobre las drogas y las adicciones son las líneas de actuación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, según explica a EL MÉDICO Joan R. Villalbí, el delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

¿Cuáles son las drogodependencias que más preocupan al Plan Nacional sobre Drogas?

Las adicciones a sustancias que más nos preocupan en la Delegación son, por una parte, las referidas a las sustancias con mayor capacidad destructiva, como la heroína, la metanfetamina o el crack, y, por otra, las más difundidas, como el alcohol. La heroína causó una verdadera catástrofe décadas atrás, y en nuestro país seguimos teniendo muchas personas con dependencia a la heroína, la mayoría en tratamiento. La metanfetamina y el crack tienen un volumen de consumo pequeño en España, pero son muy destructivas. En otros países han sido devastadoras, de modo que nos ocupan mucho. Por otra parte, el alcohol está muy difundido y aceptado en España. Por eso, es la sustancia que tiene potencial adictivo con mayor frecuencia de consumo, la primera causa de demanda de tratamiento en la red de adicciones desde hace años, y se le atribuyen unas 15.000 muertes anuales.

¿Cuáles son sus principales líneas de actuación?

Las principales actividades de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas son la información y sensibilización pública sobre las drogas y las adicciones, con especial referencia a profesionales y servicios; el conocimiento de la situación y las tendencias mediante indicadores y encuestas, y la coordinación y colaboración con las administraciones públicas, organismos inter-

nacionales, y otras entidades que intervienen en este campo, construyendo con ellas nuestros planes de acción y contribuyendo a la elaboración de los suyos. También trabajamos en la gestión del Fondo de Bienes Decomisados por narcotráfico y la canalización de recursos para prevenir y responder a las adicciones en las comunidades autónomas, corporaciones locales, ONG y grupos de investigación procedentes de diversas fuentes como los presupuestos generales del estado, el fondo de bienes decomisados, o estos últimos años de fondos europeos.

¿Qué población es más vulnerable a desarrollar una adicción?

Nadie es inmune al riesgo de desarrollar una adicción: se dan en todos los estratos y capas sociales. En las familias y grupos sociales donde hay más presencia y consumo de sustancias adictivas es más probable que se inicie antes su consumo. En los entornos más desfavorecidos, sus consecuencias suelen ser más graves.

¿Cómo se trabaja con ellos?

En este ámbito hay tres aspectos a considerar: prevención, tratamiento, y reinserción. La prevención se centra en evitar el consumo inicial, y evitar que las experiencias de consumo se conviertan en consumo problemático y deriven en adicción. El tratamiento se centra en las personas con un problema de abuso o dependencia, buscando evitar sus peores consecuencias. La reinserción busca que las personas en tratamiento puedan recuperar su espacio en la sociedad.

En los últimos años han aumentado las adicciones sin sustancias, ¿cuáles son las más preocupantes?

Hace poco tiempo que se reconoce de forma general que algunas conductas pueden lle-

var a adicción, aunque no haya una sustancia implicada, son las llamadas adicciones comportamentales. La más claramente establecida es la relativa al juego de apuestas, donde el trastorno por juego se ha reconocido como adicción por la OMS y por la APA. Otras están todavía en estudio, al no estar tan claramente establecidos los criterios diagnósticos o aspectos como la frontera entre patología y normalidad. La OMS está trabajando en este campo, desarrollando propuestas de instrumentos diagnósticos y guías de actuación. La Delegación integró módulos en sus encuestas con preguntas para conocer mejor este fenómeno, y se está implantando un nuevo indicador de inicios de tratamiento por adicciones comportamentales con las comunidades autónomas. Los datos los recogemos en un informe que actualizamos periódicamente, disponible en nuestra web.

¿Qué objetivos se han establecido para abordarlas?

En la Delegación hemos favorecido el desarrollo de iniciativas de prevención universal para el juego, y ahora estamos fomentando la implantación de las que han demostrado mayor eficacia. Para contribuir a la sensibilización social hemos desarrollado una campaña publicitaria en 2022 y lo haremos de nuevo en 2023. Apoyamos el trabajo de las entidades sociales en este ámbito, notablemente de FEJAR, que agrupa a la mayoría de ellas y que se presenta a nuestras convocatorias de subvenciones. Estamos recogiendo datos con las comunidades autónomas sobre los inicios de tratamiento en la red. Favorecemos el desarrollo de guías clínicas de tratamiento para fomentar su abordaje profesional. Estos últimos años, hemos considerado dicho tema como prioridad en nuestras convocatorias de ayuda a la investigación, de modo que está surgiendo un nuevo cuerpo de conocimiento en este terreno que permitirá desarrollar nuevas acciones.

¿Cuál es la coordinación entre AP y Especializada en el control de las adicciones?

En general, la red de tratamiento de drogas y adicciones está en la periferia del sistema sanitario. Al no existir apenas servicios de adicciones antes de las transferencias a las comunidades autónomas, fuera de algún centro para alcohólicos, que surgieron de nueva planta desde los ayuntamientos en las zonas más afectadas o a partir de iniciativas de entidades sin ánimo de lucro (ONG), las comunidades autónomas fomentaron y financiaron desde sus consejerías de servicios sanitarios o sociales, según los casos. Salvo en alguna comunidad autónoma que los ha integrado totalmente en la red sanitaria pública, suelen configurar una red propia y separada.

Esta red se financia con recursos públicos, se gestiona bien desde servicios públicos (locales o autonómicos), bien por ONG, se financia mediante esquemas diversos (pre-supuesto, contrato/concierto o subvenciones), y tiene grados de integración variable en el servicio autonómico de salud. Dicha integración puede darse más con la red de salud mental o con la de Atención Primaria, y se expresa en aspectos como la integración de historias clínicas, el acceso a la receta electrónica, o el esquema de relaciones con otros servicios.

En la población infanto-juvenil, ¿cuáles son los objetivos prioritarios del Plan Nacional sobre Drogas?

En la adolescencia las personas suelen experimentar todo tipo de conductas que ven como propias de la población adulta, y su percepción del riesgo es muy baja. Al mismo tiempo, la experimentación favorece la progresión en el consumo, especialmente con algunas sustancias. Por eso los primeros objetivos de prevención son evitar o retrasar el inicio de la experimentación. Pero para las personas que han iniciado el consumo, el objetivo es evitar el consumo más problemático. En sociedades abiertas como la nuestra, hay una gran oferta de sustan-

cias, y para las que son legales (aunque estén prohibidas a menores), la accesibilidad es mayor. Los esfuerzos se centran en disminuir la proporción que inician precozmente el consumo, y en disminuir la frecuencia de consumo entre quienes lo han iniciado, con énfasis en las sustancias más difundidas (alcohol, tabaco, cannabis...), así como en el juego de apuestas.

¿A qué edad es el inicio en las adicciones, tanto de sustancias como de no sustancias?

En los últimos años tenemos indicios de mejora en diversos ámbitos, pero otros nos plantean retos. Como es normal, a lo largo de la adolescencia la proporción de personas que ha probado las sustancias más difundidas se va incrementando cada año. Más que la edad de inicio de quienes ya se han iniciado, que variará en cada franja de edad, nos interesan indicadores como la prevalencia o la intensidad del consumo. A estas edades apenas vemos patrones de adicción (salvo para el tabaco), pero sí ciertos patrones de consumo que consideramos de riesgo.

¿Hay diferencias entre la edad de inicio en niños y en niñas? Y, ¿en cuanto al tipo de adicción?

Hay diferencias en drogas y adicciones. Tradicionalmente, los niños son más propicios a las conductas de riesgo que las niñas. Pero desde hace unos años, vemos como las niñas fuman más tabaco a edades precoces, aunque luego los varones las superen. También hemos visto que el consumo de alcohol en la adolescencia tiende a igualarse. En estas conductas y tendencias, los cambios sociales en los roles de género juegan un papel muy importante, y para las conductas y sustancias legales la promoción y el marketing son un factor relevante.

¿Qué papel tiene la familia y el entorno en el manejo de las adicciones en este grupo de población? ¿Qué papel tiene la escuela? ¿Es importante establecer programas de educación sanitaria centrados en las adicciones?

El entorno familiar es importante, los adolescentes que crecen en una familia con buenas dinámicas de comunicación, donde se saben aceptados y queridos, y en la que hay expectativas y normas sobre lo que es apropiado hacer tienen menos riesgo de consumir, y en caso de consumos experimentales, menos riesgo de que estos deriven hacia consumos problemáticos.

¿Qué papel tiene la escuela?

Las escuelas juegan un papel importante, son un buen marco para el desarrollo de programas de prevención universal. Hay programas de educación emocional para la escuela infantil y primaria que disminuyen los riesgos (no sólo del uso de sustancias adictivas, sino también de otras conductas), y hay programas de prevención universal para la escuela secundaria que han demostrado su valor. También sabemos que ayudar a los adolescentes con malos resultados escolares disminuye sus riesgos, y que identificar y tratar precozmente los problemas de salud mental es importantísimo. Pero esto son unas breves pinceladas, acabamos de editar una revisión rigurosa sobre la prevención familiar.

¿Con qué dificultades se encuentran a la hora de implantar los programas de prevención?

Hemos de potenciar los programas de mayor valor añadido, aquellos que han sido evaluados con rigor y han demostrado su eficacia. Hay muchas actividades de prevención realizadas por personas y organizaciones bienintencionadas que no han demostrado su utilidad que se deberían ir abandonando. Desde hace años, financiamos proyectos de investigación orientados a la evaluación de los programas. Recientemente, hemos diseñado un Portal de Buenas Prácticas donde se recogen los programas evaluados con indicios de eficacia, y queremos fomentar su uso. Las administraciones que financian la prevención deberían orientar sus recursos a la realización de estos programas ■



Tenemos **leyes**
muy buenas
sobre **adicciones,**
pero **muy difíciles**
de **cumplir**”

Elena Aldasoro

Responsable del Área de Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno vasco

Texto y fotos | Nekane Lauzirika



“Tenemos leyes muy buenas sobre adicciones, pero muy difíciles de cumplir”

Elena Aldasoro, doctora en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, es responsable del área de Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno vasco. Máster en Epidemiología, sostiene en la entrevista con EL MÉDICO que las adicciones van muy de la mano con el entorno social de las personas. “Por ello, el trabajo preventivo debe de aglutinar todos los ámbitos relacionados con ellas, desde el área sociosanitaria hasta la judicial”, sentencia.

¿Qué se considera hoy adicción en términos de salud? ¿Existe un patrón que describa al adicto?

En general se considera adicción un comportamiento del consumo de una sustancia que genera dependencia, es decir, que no puedes dejar de tener contacto con ella. En el caso del juego o del consumo de sustancias provoca tolerancia y, por lo general, necesitas cada vez más cantidad de ellas o jugar con más frecuencia de forma compulsiva para tener el mismo efecto. Además, produce en la persona y en su entorno un gran deterioro, bien por problemas físicos, mentales, laborales o en el grupo de amistades. En el País Vasco estamos trabajando en el VIII Plan de Adicciones y hemos elaborado un marco teórico, porque hay algunos factores adictivos que son individuales de las personas. Por ejemplo, la dificultad para ser asertivo, para gestionar los problemas de tu vida, factores individuales más allá de que pueda haber también alguno genético. Igualmente hay otros factores que pueden estar relacionados con el ambiente social, físico, del país en el que vives. Toda esa confluencia de circunstancias hace que una persona sea adicta o no. En cuanto al patrón, el consumo habitual de sustancias y otras adicciones es más frecuente en hombres, excepto el de los psicofármacos que es más común en mujeres. Las adicciones van unidas no solo a factores individuales, sino a unas condiciones de vida insuficiente; es más frecuentes en personas que están en riesgo de exclusión, en desempleo,

en las que han nacido en una familia que no ha sabido de alguna manera darle el apego que necesita.

Solemos clasificar las adicciones como legales (juego, apuestas, café, tabaco, alcohol) e ilegales (heroína, cocaína...), pero desde el punto de vista sanitario, ¿todas generan patología? ¿cómo debiéramos clasificarlas?

La clasificación de legal e ilegal es solo eso, que sea legal consumir o no. Desde el punto de vista sanitario las drogas que más se consumen son las legales:

el alcohol y el tabaco. El 44 por ciento de las admisiones a tratamiento por ser adicto son por el consumo de alcohol seguido de la cocaína. El alcohol es una de las sustancias más dañinas; produce, además de enfermedades hepáticas como cirrosis y cáncer hepático, cáncer de colon y otras muchas patologías. Añadamos que el consumo de alcohol tiene también otras consecuencias secundarias como son los accidentes de tráfico y la violencia que se genera en los entornos de ocio; en exceso siempre suele estar presente en los abusos sexuales, en los maltratos físicos y psicológicos. Lo que sucede es que es una droga permitida y aceptada socialmente, incluso consiguieron clasificar el vino como un alimento, con lo cual está muy protegido; hay muchos intereses económicos detrás

de estas drogas legales. En las ilegales entramos ya en el tráfico de estupefacientes; en este sentido, la lucha tiene que centrarse en la coordinación entre las policías, la judicatura, la Sanidad y las entidades que trabajan en este entorno tanto local como europeo. El impacto es tremendo porque no solo afecta al consumidor sino a toda la sociedad.

Un encendido debate actual es si ilegalizar o no el cannabis. ¿Qué opina?

Si lo legalizas evitas todas las consecuencias que conlleva el tráfico ilegal, que son tremendas; hemos estado reunidos con el Gobierno de Uruguay para saber cómo lo regularon, porque hay mil maneras. Ellos lo hicieron de tal forma que para consumirlo te tenías que registrar en un censo de consumidor, ir a la farmacia. No es como en España con el alcohol que vas a un supermercado y lo tienes al alcance de la mano. Por otro

lado, en Uruguay no nos acaban de decir si ha aumentado o disminuido el consumo; parece que al principio podría haber aumentado. Sin embargo, luego habría que empezar a regularlo como el tabaco. Es cierto que evitas las consecuencias del tráfico ilegal o del mundo violento y que haya tráfico de estas sustancias, que provoca que los chicos y las chicas dejen de estudiar y queden desprotegidos para toda su vida porque tienen dinero fácil. En Euskadi desde el año 96 tenemos una Ley de Adicción propia; la última que se aprobó en el 2016 conllevó que se equiparara el cigarrillo electrónico al tabaco normal, que se restringiera el consumo de alcohol en zonas deportivas, que tuvo aquí grandes repercusiones porque en los palcos de campos de fútbol se deben de hacer gran-

des negocios y el no beber es un problema. Sigue habiendo un vacío legal con los clubs de cannabis y probablemente habría que desarrollar ese decreto a ese nivel, pero no hay que confundir con la legalización del cannabis.

¿Cuántas personas sufren alguna adicción patológica en el Estado?

Hay dos encuestas en el Plan Nacional y nosotros tenemos dos paralelas que se hacen en Euskadi. Hay cifras, pero definir en la sociedad quién es adicto o no es bastante complicado. En nuestro entorno, con una población de dos millones cien mil personas, a lo largo de 2020, cerca de 1.100 personas iniciaron un tratamiento por alguna adicción. En este sentido, ha disminuido mucho el inicio de tratamiento por heroína. Otra fuente de información que es interesante para datos epidemiológicos es la de las aguas residuales. En ellas se estudia todo aquello que ingerimos y luego se metaboliza y hay un metabolito testigo que se puede identificar. Aquí en Euskadi se vio que había un consumo mayor que en el resto del Estado en anfetaminas; en Galicia prevalece la cocaína, hay variaciones regionales. Lo que ha subido sobre todo han sido los inicios por tratamientos por cannabis y la disminución más espectacular de inicios de tratamiento es la heroína, lo que indica que los patrones de consumo van cambiando.

¿La juventud se droga de otra forma?

Se observa un cambio de tendencia en los jóvenes que comienzan a usar psicofármacos; son fáciles de conseguir porque, aunque no te lo receten a ti, puede que sí a un familiar. Pero hay que distinguir cuando están bien prescritos o cuando se usan para el ocio. Llama la atención que hasta ahora las drogas que usaban los jóvenes eran las anfetaminas que les ayudaban ser más activos; sin embargo, parece que ahora prefieren los psicofármacos que les dejan más planitos. Aunque esto todavía no lo hemos visto reflejado en ninguna



encuesta, sí son percepciones que tienen quienes tratan con jóvenes.

¿Qué suponen para los sistemas de salud pública las adicciones? (presión asistencial, fármacos, cronicidad...)

Suponen una carga importante de enfermedad. Por ejemplo, el tabaco lleva al cáncer de pulmón, a enfermedades car-

diovasculares y aparte del cáncer produce bronquitis; a ello añadamos el impacto en la salud mental, con la adicción más la enfermedad física. Los psiquiatras ahora lo llaman la patología dual; su duda es si una persona patológica consume para estar mejor o el consumo les produce la patología. Son enfermedades crónicas que requieren un gran esfuerzo no solo en el sistema sanitario, sino



también en el sistema de atención socio-sanitaria.

La adicción siempre es un problema de salud mental. ¿Tiene cura definitiva? ¿o un alcohólico/un jugador/un fumador será fisiológicamente un adicto toda su vida, aunque se controle?

Puedes dejar de consumir, pero curar la acción no me atrevo a afirmarlo. Tal y como lo planteas siempre serás un adicto en potencia. No serás igual que una persona que ha sabido controlar esa adicción, que ha sabido gestionar su vida para no ser adicta y que puede hacer a veces un consumo moderado del alcohol; porque también hay consumidores sociales, pero el adicto no entra en este colectivo. El cigarrillo, por ejemplo, siempre es malo desde el primero, pero el impacto que tiene sobre la salud está muy relacionado con la cantidad.

¿Cómo afectan estas adicciones al mundo educativo, laboral, de relaciones familiares, en la salud mental de la población?

Las adicciones tienen un impacto en el sentido de que se desestructura la persona y su entorno; en el mundo laboral con frecuencia se producen accidentes por el hecho de consumir; además, son trabajadores que van a tener problemas físicos y mentales. En el mundo familiar una persona adicta produce una destrucción de la convivencia en los padres y madres, en los hermanos. En consecuencia, los programas de tratamiento incluyen, por lo general, no solo al paciente, sino también a la familia, porque son procesos de larga duración, duros y con recaídas. Por eso hay que aconsejar a las familias para que sepan cómo reaccionar a la hora de una recaída, porque los tratamientos de adicciones son muy largos. El mayor problema de las adicciones en los escolares es que están directamente relacionados con el fracaso escolar; al final son chavales y chavalas problemáticos, porque los afecta al ritmo de la clase. Sabemos que hay estudiantes que fuman cannabis antes

de entrar a clase y que es grave el impacto de las adicciones en el fracaso escolar. Por eso les decimos que el estudiar es en sí mismo una protección, tanto por el nivel de conocimiento que adquieren como por las posibilidades que les abre en su vida. Así que hacemos especial hincapié en los programas que tenemos en todas las comunidades para mantener a los adolescentes en las escuelas porque son los más efectivos, sobre todo en chavales vulnerables.

Mal en mayores, pero extraordinariamente preocupante en menores. ¿Funcionan en ellos los programas específicos contra el tabaco, el alcohol...?

Si, en Euskadi y en otras comunidades también los tienen. Aquí disponemos de dos programas, uno Euskadi libre del humo de tabaco, que es como una estrategia. Y luego un programa que hicimos de menores sobre alcohol. En los proyectos preventivos se actúa en el ámbito escolar, familiar, comunitario y luego se suele intentar entrar en el espacio de ocio. Solemos instalar unas carpas para que los chicos y chicas se acerquen y hagan el juego de la alcoholimetría y se les da un breve consejo. En el ámbito escolar hemos puesto en marcha el programa *Mimarte*, de prevención universal, dirigido al alumnado de la ESO y bachillerato, que utiliza el mimo, la magia y el humor para incentivar la participación del alumnado y propiciar la reflexión sobre el consumo de alcohol. Se realiza con adolescentes mayores, donde se lleva a cabo un debate para hablar sobre el alcohol y el *feed back* que nos llega es que en los centros escolares lo solicitan con mucha frecuencia.

¿Cómo se estructuran estos programas?

Hasta ahora pensábamos que al ámbito escolar había que llevar programas preven-

tivos frente al alcohol, al tabaco, al juego, pero hemos visto que los que nos aportan solo información sobre los daños, no funcionan. Las intervenciones que están funcionando, según las evidencias que tenemos, son las que controlan las emociones o el desarrollo de las actividades sociales personales; un abordaje más hacia las habilidades personales para que no caigan en las drogas legales, para que hagan una dieta saludable. Programas destinados a recordar las habilidades personales y de relación. Para los grupos más vulnerables los proyectos que mejor funcionan son los de mantener a los niños y niñas en los centros escolares, que no estén en la calle. Luego hay otros programas que identifican vulnerabilidades y son más personalizados. Para chicos y chicas que tienen algo de riesgo, que no son consumidores fuertes, pero ya se trabaja con ellos o con grupos más pequeños.

¿Son eficaces las prohibiciones o abogaría más por los programas preventivos persuasivos/educacionales o una combinación? ¿Por ejemplo en las escuelas?

La información en los centros escolares tiene poco impacto a la hora de la prevención de las adicciones, porque cuando tienes 15 años que te digan que puedes desarrollar un cáncer te suena a chino. Está muy lejano. En las escuelas los programas por los que

hay que apostar son por los que fortalecen las habilidades de las personas. Por otro lado, hay un enfoque que empieza a coger mucha fuerza que se llama el enfoque ambiental, entendiendo por ambiente el medio social y físico. Son intervenciones que intentan cambiar esos factores sociales o del entorno comunitario en el que vivimos y que favorecen las adicciones. Dentro de esos factores, las políticas regulatorias que serían a nivel de gobierno que son las que mejor funcionan. Con la ley del tabaco

Hay que trabajar para que las personas tengan herramientas que les permitan no caer en las adicciones

se produjo un descenso del consumo del tabaco super significativo, eso es lo que mejor funciona. Luego entramos en el ámbito de la libertad individual. Hay que buscar un equilibrio. También hay que trabajar a escala de barrio intentando cambiar los entornos, buscando la salud comunitaria, lo que se llaman los activos de salud; ver que las personas que están allí valoren como positivo que eso es bueno para la salud. No se trata solo de evitar lo negativo, sino que sea bueno para la salud. Actuar en la juventud y adolescencia es importante para evitar que de adultos sean adictos, pero estos trabajos también hay que realizarlos con mayores que también sean adictos. Las mujeres mayores consumen muchos psicofármacos y un porcentaje importante de hombres mayores beben, por lo que ha de trabajarse en el ámbito comunitario con la población y con las políticas regulatorias que funcionan bien.

¿Nos podemos mirar en el espejo de otros países?

Para reflexionar sobre esto nos vale el ejemplo de Islandia, donde tenían el toque de queda que prohibía a niños y jóvenes estar por la calle en invierno a partir de las 10 de la noche. Pero están también los valores y las diferentes culturas de cada país. No se puede extrapolar para nosotros un modelo de Islandia de 300.000 habitantes con muchos grados bajo cero. Por otro lado, en la lucha contra las adicciones también funcionan los aumentos de las tasas; cuando sube el precio se consume menos, pero no podemos obviar que es injusto, porque quienes tienen dinero seguirán consumiendo y los pobres no podrán. Se vio también que la crisis del 2008 que aquí llegó un poco más tarde disminuyó el acceso a todas las sustancias. El tema económico también cuenta.

La Ley del Tabaco dio sus frutos, sin embargo, con el alcohol no ha dado resultado. ¿Cómo se evalúan las acciones de prevención frente a este tema? ¿La prioridad está en la Ley de Alcohol y Me-

nores como estrategia para abordar este consumo?

Hay una ley estatal que no acaba de arrancar porque genera mucho conflicto social. Yo sería partidario de regular más cosas. No cabe duda de que cuando regulas y limitas se consume menos, pero también hay que tener en cuenta la forma de consumir. Por ejemplo, en los países nórdicos está muy regulado, el alcohol se vende en lugares específicos, pero hay más consumo solitario en las casas que es peor que el consumo social. Por esto creo que antes de llevar a cabo actuaciones como las de Islandia u otros países habría que realizar algunos estudios para saber cómo afectarían a distintos sectores.

Donde sí nos queda amplia área de mejora es en hacer cumplir bien la legislación. Porque tenemos muchísimas leyes y muy buenas, no solo en adicciones, sino también en enfermedad, pero luego es difícil cumplirlas. Hay que combinar esas políticas regulatorias con los trabajos de sensibilización y fortalecer las habilidades de las personas, mejorar los entornos cercanos, sociales. También hay que intervenir intraútero, en las mujeres embarazadas, porque hay evidencias de que trabajar con esas mujeres con riesgo de exclusión funciona bien para que luego puedan criar y educar a sus niños/as y que sean libres de consumos. En las adicciones es importante actuar en lo individual, en el entorno cercano y en lo estructural junto con el ámbito regulatorio, poniendo especial énfasis en los grupos más vulnerables.

¿Las políticas públicas actuales de prevención de adicciones se adaptan a la realidad? ¿Cómo “combatir” la normalización del consumo de sustancias adictivas?

Está muy normalizado el alcohol, el cannabis y el tabaco, el resto no tanto; por su

parte el tabaco produce dependencia psicológica y física, pero no altera como las otras las conductas. Ante ellas, las políticas públicas sí se adaptan, porque solo con políticas de prevención de adicciones no es suficiente. Tenemos en Euskadi una Dirección de Juego que funciona bien, pero en el otro platillo de la balanza están todos los impuestos que se ganan. Para el nuevo Plan de Adicciones hemos hecho una revisión exhaustiva de los programas

de prevención que mejor funcionan, si son efectivas o no. En el área de adicciones hay una apuesta fuerte y se invierte mucho dinero, pero hay actores con los que no se puede luchar y hay que intervenir de otra manera. Sí, las políticas

públicas sí se adaptan a la realidad, los problemas están identificados, los puntos de actuación también, pero llegamos hasta donde se puede llegar.

¿Cuáles son los retos estratégicos del Plan Nacional Sobre Drogas en estos años de postpandemia hasta 2024?

Hay una apuesta fuerte por la prevención ambiental y la atención integral de la persona, de forma que cuando lo necesite tenga un tratamiento biopsicosocial y le aborden los problemas físicos, psicológicos y sociales. El otro tema es la atención sociosanitaria, ese interín entre lo social y lo sociosanitario, donde a veces hay lagunas cuando derivas de un sitio a otro. Diseñamos itinerarios para que cuando una persona sale de un tratamiento de una entidad sanitaria o no sanitaria sepa qué camino seguir. Entre los retos está la coordinación entre niveles, mejorar y trabajar sobre las evidencias, sobre lo que funciona y no funciona. En el mundo sanitario se hacen estudios rigurosos para saber si un fármaco es mejor que el otro, en las adicciones es más complicado. Genera satisfacción poner un pro-



grama en marcha, pero lo importante es hacer el mejor seguimiento a lo largo de los años para saber si funciona o no. Otro reto es mejorar el conocimiento a través de la investigación para ir avanzando en la legislación regulatoria. Un tema crucial a perseguir es la publicidad; por la noche todo es publicidad de juego. También hay que mejorar la cooperación internacional con estrategias de comunicación a la población. Y por último, la calidad y la evaluación de lo que hacemos son los retos en los que trabajamos.

El Plan Nacional Sobre Drogas incluye la perspectiva de género en prevención de adicciones, ¿qué significa y qué consecuencias prácticas tiene?

Hay diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en el alcohol, las mujeres lo metabolizamos peor; en consecuencia, al establecer los límites de riesgo, a nosotras nos tienen que poner menos cantidad. Por otro lado, las motivaciones para consumir o cómo hacerlo también son diferentes; se ha visto con estudios cualitativos que los hombres tienen un consumo de tabaco más social, mientras que las mujeres lo asocian más a cuando han acabado una tarea y fuman. Por otro lado, las mujeres están más estigmatizadas, porque de alguna manera han trasgredido mandatos de género mientras que a los hombres se les dice que no tienen que ser nenazas, lo que les hace más propensos al riesgo del consumo. Así, el juego es más frecuente en hombres y las mujeres más en redes. Además, ellas tienen peor acceso a los servicios porque han sido diseñados más para hombres, están masculinizados. Por eso es clave en todas las políticas introducir la perspectiva de género.

¿En mujeres maltratadas hay más adicciones?

Lo que está claro es que las mujeres adictas reciben maltrato casi todas; el maltra-

to es con frecuencia una consecuencia del consumo, está muy relacionado en consumidoras. Esto sin contar las terribles situaciones que viven las mujeres adictas en situaciones de exclusión; hay experiencias que se te encoge el corazón.

Si hablamos de las nuevas adicciones, ¿a qué nos referiríamos?

Diría que a las nuevas tecnologías y en cuanto a sustancias, los psicofármacos que aumentan. En el mundo de las drogas ilegales es imparable la aparición de nuevas sustancias que se producen en una cocina de casa, que son de producción química en un laboratorio cutre y que los principios activos son cada vez más peligrosos para el cerebro. Sobre el principio activo del cannabis dicen que tiene cuatro veces más concentración ahora que antes un porro. Las metanfetaminas son peligrosísimas porque tienen un efecto tremendo y bestial produciendo psicosis; son las nuevas sustancias psicoactivas. Hay otras nuevas adicciones sin sustancia que las normativas de intervención no contemplan aún, como la adicción al *shopping* y al sexo. En la nueva ley las nombramos, pero como en otros servicios de salud, no hemos empezado a intervenir. La gente que tiene esos problemas se va a otros centros y no tengo constancia de que haya personas demandando atención sobre estas adicciones.

Redes sociales y juego, ejemplos de nuevas adicciones galopantes *in crescendo* entre la juventud. El 18 por ciento de adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años hace un uso abusivo de las tecnologías de la información y la comunicación. Un 0,9 por ciento de la población española son jugadores patológicos, ¿qué hacer para enfrentarse a estas adicciones sin sustancia física de por medio?

Habría que distinguir el juego de las tecnologías; lo digo porque en el Plan de Salud en el que estoy colaborando, a algunos especialistas no les gusta que se diga que el uso de las tecnologías es una adicción. Pero está claro que puede reunir la definición que entendemos por adicción. En las TIC hay que insistir y hacer programas de uso adecuado y para qué usarlas. En el juego se puede decir que no se tiene que jugar nada, pero en el uso de las tecnologías no, porque en la escuela son buenas herramientas. Así que hay fomentar su uso correcto, al tiempo que educarles a que eviten perder el tiempo que les roba de hacer cosas buenas. En los colegios se dice que los chicos se duermen en clase porque han estado toda la noche con juegos o en las redes. Tenemos programas para intervenir con familias, que es importante, pero los *influencers* son cruciales; les decimos que han de tener voluntad o la claridad de saber lo que es bueno o malo, pero los bombardeo de los *influencers* les dicen todo lo contrario.

España continúa siendo el segundo país consumidor de cocaína de toda Europa. En 2020, el 39 por ciento de los ingresos en distintos centros fue a causa de la cocaína, ¿cómo reducir estas cifras?

En el ranking nosotros lo que más consumimos es el alcohol y luego la cocaína; en las mujeres, las sustancias más en alza son los psicofármacos y el alcohol. El problema es que no se reduce la oferta y que las drogas legales no se pueden regular, no están prohibidas. España es la puerta de entrada a Europa de la cocaína y si la disponibilidad es alta habrá consumo; se puede luchar contra su tráfico, teniendo en cuenta que no está asociada especialmente a poblaciones vulnerables ni es específica de los pobres, sino que va ligada al ocio. Trabajamos para que las personas adquiramos habilidades para no necesitar consumir y luchar mejor contra el tráfico ■



SPIRAXIN

Rifaximina- α



TRIPLE ACCIÓN
para una eficacia
intestinal asegurada¹⁻³

ALFASIGMA
es.alfasigma.com



1. Colecchia et al. World J Gastroenterol. 2007 Jan 14;13(2):264-9. 2. Gillis et al. Drugs. 1995 Mar;49(3):467-84. 3. Ponziani et al. Dig Dis. 2016;34(3):269-78.



Las adicciones
se acompañan
siempre
de otros
trastornos
mentales

Néstor Szerman

Presidente de la Fundación Patología Dual y de la Asociación Mundial de Patología Dual

Texto | Eva Fariña

Fotos | SEPD/EL MÉDICO



“Las adicciones se acompañan siempre de otros trastornos mentales”

“La adicción es una enfermedad mental, no es un vicio. Y una persona con patología dual es aquella que sufre una adicción y otro trastorno mental. Para ser atendido tiene dos puertas, la de Adicciones y la de Salud Mental, dependiendo de qué sintomatología predomine en ese momento; sin embargo, muchas veces rechazan al paciente en uno y en otro lugar, y no recibe la atención adecuada, por lo que aumenta su morbilidad y mortalidad”.

Desde hace muchos años, Néstor Szerman reclama la misma atención integral y coordinada para estas personas. Médico especialista en Psiquiatría por la Universidad Complutense de Madrid, también es consultor en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, así como presidente de la Fundación Patología Dual, que forma parte de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), y es presidente de la Asociación Mundial de Patología Dual (WADD, por sus siglas en inglés).

Por su experiencia, asegura que los pacientes con patología dual son discriminados del sistema sanitario público, y muchas veces escuchan frases como: “Deje usted de drogarse y después ya le atenderemos o veremos qué hacemos”.

¿Cómo define la patología dual?

El término patología dual comienza a ser cada vez más conocido, e indica una condición clínica que puede incluir una adicción y otro trastorno mental. Y este orden es importante, porque, según todas las clasificaciones internacionales, las adicciones son trastornos mentales, pero, a pesar de esta consideración, no se tiene en cuenta a la hora de su valoración y su atención clínica.

¿El abordaje de la patología dual es diferente al del resto de problemas de salud mental?

En los años 80 se integró la Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Hasta ese momento, los pacientes con trastornos mentales recibían tratamiento por parte de las diputaciones provinciales o por parte de corporaciones locales. La integración de la Salud Mental en el SNS tuvo una excepción, la del paciente que sufre además trastornos adictivos. Y sabemos que cualquier persona con un trastorno adictivo sufre también otro trastorno mental.

¿Dónde se trata a estas personas con patología dual?

Se crearon redes paralelas en el SNS que, a veces, dependen de ayuntamientos o de otras instituciones públicas ajenas al sistema sanitario. También existen instituciones privadas, que, ante la carencia de una atención adecuada en el SNS, atienden a nuestros pacientes, aunque muchas veces sin un contraste de su calidad científica.

¿Existen cifras actualizadas de la situación?

Estudios internacionales recientes apuntan que más del 75 por ciento de los pacientes con trastornos mentales graves

tienen, además, un trastorno por uso de sustancias u otros trastornos adictivos. En las personas con trastornos mentales menos graves también se observan conductas adictivas, como el consumo de tabaco. En general, es difícil encontrar un paciente con trastorno mental que no tenga también una adicción al tabaco.

¿Cómo ha impactado la crisis sanitaria del coronavirus en esta situación?

La pandemia ha actuado como desencadenante del problema de la salud mental ante la opinión pública, ante los medios. Las personas vulnerables se han visto más afectadas y han pasado situaciones de sufrimiento relacionadas con el funcionamiento mental que antes no habíamos observado. En la actualidad, las cifras están volviendo a la existentes antes de 2020, salvo entre los adolescentes, para quienes la pandemia ha actuado de disparador de una situación cultural nueva. Entre los jóvenes y los adolescentes es donde está aumentando enormemente la prevalencia, la incidencia de los trastornos mentales.

Por su experiencia, ¿cuántas personas sin techo pueden tener patología dual?

La inmensa mayoría de las personas sin hogar, los sin techo, como traducimos *homeless* al español, si no todas, tienen trastornos mentales y trastornos mentales graves. Disponemos de experiencia y de una gran cantidad de programas diseñados a nivel internacional

(*housing first*), que también han llegado a nuestro país, para intentar solucionar el problema de las personas sin hogar. El objetivo es ofrecerles asistencia, darles una casa primero, sin pregun-

tarles nada, ofrecerles atención y servicios como hemos hecho muchas veces con otros trastornos mentales o con las personas adictas, por ejemplo. A las personas con adicciones graves les ofrecemos lugares donde pueden conseguir su jeringuilla, inyectarse, soportes a nivel social, etc., y, por supuesto, también se les ofrece trata-

Todas las clasificaciones internacionales consideran que las adicciones son trastornos mentales, pero no se tiene en cuenta a la hora de su valoración y su atención clínica

miento. Muchas veces rechazan esta ayuda, pero en algún momento pueden aceptarla. Necesitamos incluirlas de nuevo en nuestro sistema social, porque ahora están excluidas.

¿Por qué rechazan la ayuda que se les ofrece? ¿Por qué sigue habiendo tanta gente viviendo en la calle?

Hay programas para ayudar a estas personas, pero, evidentemente, no llegamos a todas. Siempre hay un número de afectados, a veces inmigrantes o personas en situación irregular, que temen el contacto con el sistema público porque creen que puedan ser penalizados de alguna manera. Aparte de los inmigrantes, muchas veces son personas con trastornos mentales graves de tipo paranoide que les cuesta entender la situación que están pasando y que no comprenden la ayuda que tienen y que podrían necesitar.

¿Qué asistencia sanitaria necesitan las personas con patología dual?

Desde el punto de vista sanitario, cualquier persona que tiene una enfermedad necesita ser tratado desde la perspectiva biológica, psicológica y social; es decir, desde la perspectiva biopsicosocial, y en ese orden. El tratamiento debe alcanzar todas las manifestaciones conductuales, cognitivas y emocionales que impactan en su funcionamiento y que le impide tener una vida normal.

¿Cuáles son las principales adicciones en España?

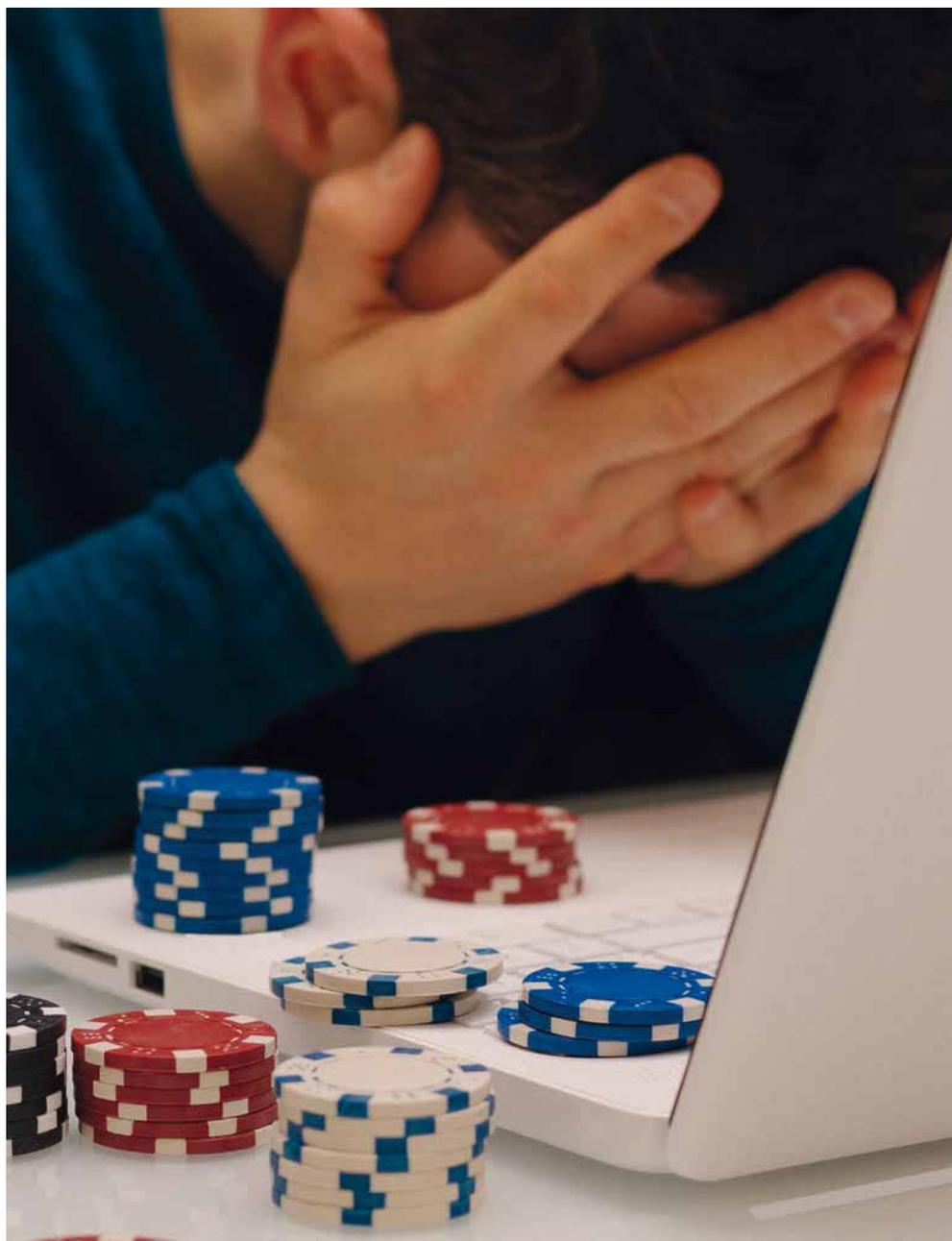
Evidentemente, las adicciones más frecuentes son las de sustancias legales, principalmente, el tabaco y el alcohol. Después tenemos drogas ilegales, entre comillas, ya que algunas están en un margen todavía no muy claro de ilegalidad, como es el cannabis. Luego están los estimulantes, que ya constituyen un problema muy serio en algunos colectivos, y los opioides. Estos son fundamentalmente los cinco

grupos de sustancias, pero, además, tenemos adicciones sin sustancias, reconocidas por las clasificaciones internacionales, sobre todo, el juego de apuestas.

¿La pandemia ha agravado los problemas de ludopatía?

La adicción al juego de apuestas es un problema y una alarma social, aunque en rea-

lidad la incidencia y la prevalencia no parece haber aumentado a pesar de haber una mayor disponibilidad y permisividad para jugar, porque hay más casas de apuestas, etc. Seguramente, hay un ligero aumento de la incidencia, pero sin alcanzar cifras alarmantes. Estos pacientes también están excluidos del SNS. Es muy difícil para un paciente con adicción sin sustancias, con adicción al juego, por





ejemplo, u otras adiciones comportamentales, como el sexo, la comida, o las compras, encontrar un dispositivo donde puedan ser atendidos y tratados.

¿La sociedad actual está más mentalizada de los riesgos que conlleva tomar sustancias tóxicas, como las drogas?

Las campañas preventivas deberían dirigirse a las personas vulnerables, por ejemplo, aquellas que presentan una elevada densidad de trastornos mentales en sus familias. Es difícil crear un ambiente protector, ya que las sustancias están disponibles para todo el mundo. Salvo que volviéramos a la 'ley seca'. Por ejemplo, en los países musulmanes está prohibido el alcohol, por lo que la adicción es menos probable. Otro factor protector puede presentarse en los jóvenes o adolescentes que han vivido en su familia algún caso de trastorno mental con algunas adicciones graves. Conocen la problemática y los riesgos que pueden adquirir, por lo que prefieren no probar el alcohol, por ejemplo. A pesar de estos factores de protección ambiental, la vulnerabilidad existe, y en cualquier momento puede emerger como una enfermedad mental. Las adicciones se acompañan siempre de otros trastornos mentales, como he dicho. No

hay posibilidad de que una adicción aparezca como un único síntoma, siempre aparece acompañada de otros síntomas o trastornos mentales incluidos rasgos de personalidad patológicos y esto debe de ser abordado de una forma única e integrada. Si tratamos solamente un síntoma de una enfermedad, la posibilidad de fracaso es mucho mayor. Es como si a un paciente con neumonía sólo se le trata de la fiebre. Tenemos que abordar la integridad de la enfermedad mental.

¿Cómo valora la atención que se les da en la actualidad a los pacientes con patología dual en el ámbito autonómico?

Seguimos teniendo en nuestro país y en la inmensa mayoría de las comunidades autónomas, y en todos los lugares, dos redes para tratar a una única persona que sufre de adicciones y otros problemas de salud mental. Muchas veces, incluso, hay adicciones que se quedan fuera de cualquiera de las dos redes. Este problema no está resuelto, porque las adicciones no son tratadas en el SNS.

¿Y hay muchas diferencias geográficas?

Las desigualdades de ofertas del sistema público resultan evidentes, y siempre son mejores en CC. AA. de mayor desarrollo. A una persona que tiene un trastorno por juego de apuestas le cuesta encontrar el acceso adecuado al sistema donde le vayan a tratar según donde vive, según donde esté. Debe acudir a veces a la asistencia privada, pero las compañías aseguradoras privadas, que una enorme proporción de las clases medias comparte con el sistema público, tienen en letra pequeña que las pólizas no cubren los problemas de las adicciones. En consecuencia, cuando los pacientes acuden a las consultas privadas ocultan su problemática con el alcohol, con el cannabis o con los estimulantes, como la cocaína, porque si se lo dicen a los profesionales, quedan excluidos de la póliza que les ampara. En fin, muchos pacientes que tienen esta condición clínica que llamamos patología dual viven una situación de desamparo y discriminación.

¿Los profesionales sanitarios y, en concreto, los médicos de Atención Primaria están concienciados con esta problemática?

En principio, tanto el sistema sanitario público como el privado deberían ser conscientes de esta situación, y recibir la formación e información necesarias. Muchas veces el profesional ignora estas cuestiones o no tiene la formación suficiente, por diversas causas, para identificar los trastornos mentales en su totalidad. Atención Primaria está atravesando un momento complicado, porque

los compañeros tienen poquísimos minutos para tratar y para atender a nuestros pacientes. Debería haber una detección en Atención Primaria, y seguimiento por Atención Especializada, en cualquier especialidad de la Medicina. También deben estar involucrados los servicios psicosociales y el sistema educativo. Desde los colegios se debe intentar detectar la problemática de los trastornos mentales, incluyendo las adicciones en esta dimensión. Se puede detectar a chicos que tienen problemas para poder ser atendidos y orientados de forma adecuada antes de que sea demasiado tarde. Algunos hospitales públicos, y también privados, tratan de forma integral y conjunta a los pacientes con patología dual, pero son casos anecdóticos que dependen más de la voluntad de los profesionales que están a cargo de esa institución que de una planificación adecuada del sistema sanitario.

¿De qué manera les afecta el estigma a las personas con patología dual?

La gente puede pensar que las personas con enfermedades mentales son peligrosas o son viciosas; pero más que el estigma, que sí existe, nos preocupa la discriminación que sufren estas personas social y sanitariamente ■



coloquios
El Médico



El médico
de familia
puede diagnosticar
una adicción y proporcionar
tratamiento
de primera línea

Fernando Caudevilla

Portavoz del Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Texto | Eva Fariña

Fotos | semFYC/EL MÉDICO



“El médico de familia puede diagnosticar una adicción

y proporcionar tratamiento de primera línea”

“El médico de familia puede realizar el diagnóstico de una adicción y proporcionar tratamiento de primera línea”, comenta Fernando Caudevilla, portavoz del Grupo de Trabajo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. “También puede derivar a la persona a un dispositivo o a un programa de tratamiento especializado, si es necesario. Igualmente, proporciona apoyo y orientación a la persona en recuperación, y realiza el seguimiento del progreso y la recuperación a largo plazo”, añade. En los últimos 20 años, Fernando Caudevilla ha participado en distintas actividades de atención directa, investigación, formación y divulgación relacionadas con las adicciones y las drogas. Una parte importante de esta labor profesional ha estado vinculada a la ONG Energy Control (ABD) (www.energycontrol.org).

¿Cómo definiría la situación general en España, especialmente después de la pandemia?

Es difícil hacer una evaluación precisa de la situación general de las adicciones en España después de la pandemia. La información y los datos disponibles pueden variar y no estar completamente actualizados; sin embargo, algunos estudios han sugerido que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental y el bienestar de las personas, y ha contribuido a un aumento de los problemas de adicciones. Por ejemplo, se ha observado un aumento en el consumo de alcohol durante la pandemia, así como un incremento en el uso de drogas y medicamentos recetados para manejar el estrés y la ansiedad relacionados con la pandemia. También es importante tener en cuenta que esta crisis sanitaria ha tenido un impacto en el acceso y la disponibilidad de servicios de tratamiento y apoyo para las personas con adicciones. Algunos servicios de tratamiento han tenido que cerrar temporalmente o hacer cambios en cómo proporcionan aten-

ción debido a las restricciones. En general, es importante seguir monitoreando la situación de las adicciones en España, y tomar medidas para garantizar la asistencia de las personas con este tipo de problemas.

¿Cómo ha afectado?

Sabemos que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto importante en las personas con adicciones. Muchas han experimentado un aumento en el estrés y la ansiedad debido al aislamiento social y la

Sorprende la resiliencia de los mercados de drogas, porque no sufrió variaciones significativas en la disponibilidad de las sustancias ni en los peores tiempos del confinamiento

incertidumbre económica y laboral, lo que puede aumentar el riesgo de recaídas o el inicio de nuevas adicciones. Además, en muchas ocasiones han tenido dificultades para acceder a los servicios de tratamiento debido a la cancelación o el cierre

temporal de programas de tratamiento y a la reducción de la disponibilidad de opciones de tratamiento en persona debido a las restricciones de distanciamiento social, como ya se ha comentado. La pandemia también ha afectado a las personas con adicciones que están en tratamiento o que han completado un programa de tratamien-

to, ya que muchas de ellas han perdido el apoyo y la estructura que proporcionan los grupos de apoyo y las actividades de recuperación en persona. Esto puede dificultar la mantención de la sobriedad y el mantenimiento del progreso en la recuperación. En general, la pandemia ha sido un desafío adicional para las personas con adicciones y ha requerido adaptaciones y ajustes en los programas de tratamiento, así como en la forma en que se brinda apoyo a las personas en recuperación. Otro aspecto llamativo es la resiliencia de los mercados de drogas durante los últimos años. No ha habido variaciones significativas en la calidad, el precio o la disponibilidad de las sustancias fiscalizadas ni en los peores tiempos del confinamiento.

¿Qué papel juega la Atención Primaria y el médico de familia en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del paciente con adicciones?

El médico de familia tiene una responsabilidad especial en el cuidado de estas personas, ya que suele ser el primer profesional al que acuden. También es quien tiene un conocimiento más profundo de la salud y el historial médico del paciente. Además, puede realizar el diagnóstico de una adicción y proporcionar tratamiento de primera línea, como medicamentos para la desintoxicación y el tratamiento de síntomas de abstinencia. Puede derivar a la persona a un dispositivo o a un programa de tratamiento especializado, si es necesario. También puede proporcionar apoyo y orientación en la recuperación, y realizar el seguimiento del progreso y la recuperación a largo plazo.

¿Cómo es la comunicación con otras entidades?

Es importante que la Atención Primaria y el médico de familia trabajen de forma co-

laborativa con otros profesionales de la salud y con servicios de tratamiento especializados para proporcionar un enfoque integrado y de atención continua a las personas con adicciones. Esto puede ayudar a garantizar que se reciba el tratamiento adecuado y el apoyo necesario para alcanzar y mantener la sobriedad a largo plazo. Evidentemente, todo esto sucede en un mundo ideal en el que el médico de familia cuenta con una carga asistencial adecuada para poder asumir este trabajo. La situación actual de sobrecarga y desprecio institucional no invita al optimismo.

¿Cómo es el perfil medio de paciente con adicciones que llega a la consulta del centro de salud?

Es difícil definir un perfil medio de paciente con adicciones que acude a la consulta de un centro de salud. Las adicciones pueden afectar a personas de todas las edades, géneros y niveles socioeconómicos. Algunas personas con adicciones pueden tener una historia de tratamiento previo y estar en recuperación, mientras que otras pueden estar en una etapa temprana y no haber recibido tratamiento previamente. Las características de cada sustancia (alcohol, tabaco, cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, cannabis, etc.) dan lugar a patrones clínicos diferentes. En general, es necesario recordar que cada persona con adicciones es única y tiene sus propias necesidades y circunstancias individuales. Por lo tanto, es importante que se proporcione una atención personalizada y adaptada a las necesidades específicas de cada paciente, independientemente de su perfil o historial de adicciones.

¿Cómo es la relación del médico del primer nivel asistencial con el resto de agentes que también se encargan de los cuidados de una persona con adicción?

El objetivo de todos es garantizar una atención integral y coordinada. El médico de familia puede trabajar de forma colaborativa con otros profesionales de la salud,

como enfermeros, trabajadores sociales, profesionales de la red de Salud Mental y la red de adicciones, para proporcionar un enfoque integrado y de atención continua a la persona con adicción.

¿Y cómo debería ser esa relación?

La relación entre el médico de familia y el resto de agentes debería ser una relación de colaboración y apoyo mutuo, en la que se comparte información y se trabaja juntos para proporcionar la mejor atención posible al paciente. Esto puede incluir la realización de reuniones periódicas para discutir el progreso y los planes de tratamiento, la comunicación regular y el intercambio de informes y registros clínicos.

¿Qué aspectos deben mejorar?

La comunicación y la coordinación entre los diferentes agentes y servicios de atención son aspectos que podrían mejorar en esta relación. A veces, puede haber problemas de coordinación entre diferentes servicios y profesionales, lo que puede dificultar la atención continua y coherente del paciente. Por lo tanto, es importante trabajar para mejorar la comunicación y la coordinación entre los diferentes agentes para garantizar que el paciente reciba una atención continua y de calidad.

¿De qué manera nos ha cambiado la utilización cotidiana de los dispositivos electrónicos?

La utilización cotidiana de dispositivos electrónicos, como teléfonos móviles, tabletas y ordenadores, ha cambiado significativamente la forma en que nos comunicamos e interactuamos con el mundo en los últimos años. Estos dispositivos nos proporcionan acceso inmediato a una gran cantidad de información y nos permiten estar conectados con otras personas de manera muy convenient-



te. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que el uso excesivo o in-

Las características de cada sustancia (alcohol, tabaco, cocaína, opiáceos, benzodiazepinas, cannabis, etc.) dan lugar a patrones clínicos diferentes

devido de estos dispositivos puede tener consecuencias negativas en la salud física y mental. Algunos estudios han demostrado que el uso excesivo de dispositivos electrónicos puede estar relacionado con problemas de

sueño, fatiga ocular, dolor de cuello y espalda, y aumento del estrés y la ansiedad.

¿Cuándo debemos preocuparnos por un uso indebido de los dispositivos electrónicos?

Depende de cada persona y de sus circunstancias individuales. Debemos fijar-



nos en si el uso de estos dispositivos está interfiriendo con la vida diaria y la capacidad de la persona para realizar otras actividades importantes, como el trabajo, el estudio o las relaciones sociales. Si este es el caso, es posible que sea necesario evaluar el uso de los dispositivos y tomar medidas para reducir su uso o encontrar maneras más saludables de utilizarlos.

¿Realmente hay problemas graves en las generaciones más jóvenes?

Es difícil hacer una afirmación generalizada. Algunos estudios han sugerido que las generaciones más jóvenes pueden tener un mayor riesgo de desarrollar problemas de adicción a Internet o a los dispositivos electrónicos, ya que han crecido con el uso más extendido de estos dispositivos; sin embargo, la mayoría de las personas jóvenes no tiene problemas con el uso de dispositivos electrónicos y mucha gente de todas las edades utiliza estos dispositivos de manera saludable. Por lo tanto, es necesario evaluar el uso individual de los dispositivos electrónicos y tomar medidas para asegurar un uso saludable y equilibrado, como ya he comentado. Muchos de los estereotipos que se lanzan actualmente hacia las nuevas tecnologías son los mismos que se tenían hace treinta años hacia la TV (“caja tonta”).

¿Cómo es la formación del médico de familia en relación con los problemas y las necesidades de las personas con adicciones?

En líneas generales, la formación incluye una educación en el diagnóstico y el tratamiento de una amplia gama de problemas de salud, incluyendo las adicciones.

Suele recibir entrenamiento en el manejo de adicciones durante su formación médica, incluyendo la identificación de signos y síntomas de adicciones, la realización de evaluaciones y la recomendación de tratamientos y opciones de intervención. El programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria incluye contenidos específicos sobre drogodependencias con nivel de responsabilidad primario que, al menos en teoría, garantizan una adecuada formación.

¿Y desde Primaria hacen algún tipo de investigación relacionada con estos temas?

Existen programas de investigación e intervención, pero no tengo datos sobre investigaciones en la actualidad.

¿Hay información de problemas de adicción entre los médicos? Habitualmente se tratan a través del programa Paime, pero ¿es habitual que un médico con algún tipo de adicción pida consulta?

Sí, hay evidencia de que los médicos pueden enfrentar problemas de adicción a sustancias y comportamientos. Algunos estudios han sugerido que los médicos tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de adicción a sustancias como el alcohol, las drogas y los medicamentos recetados, así como de adicciones comportamentales, como el juego o el trabajo excesivo. Los factores de riesgo para el desarrollo de adicciones en los médicos pueden incluir el estrés laboral, el acceso fácil a sustancias y medicamentos, y la presencia de trastornos mentales o de salud emocional previos. Los médicos también pueden tener dificultades para buscar ayuda o tratamiento debido a la preocupación por la

privacidad y el impacto en su carrera profesional. Son seres humanos y pueden enfrentar problemas de adicción como cualquier otra persona; por lo tanto, necesitan un ambiente de apoyo y acceso a opciones de tratamiento.

¿Cómo se puede mejorar desde Atención Primaria el manejo del paciente con adicciones?

Desde la Atención Primaria hay varias maneras en las que se puede mejorar el manejo del paciente con adicciones. Por un lado, está la identificación temprana, que consiste en hacer una evaluación precoz y un diagnóstico preciso de las adicciones para poder proporcionar tratamiento oportuno y evitar la progresión del problema. Por otra parte, los médicos de familia pueden proporcionar tratamiento de primera línea con otros profesionales para proporcionar un enfoque integrado y de atención continua a estos pacientes.

¿Qué otras adicciones emergentes son preocupantes?

En nuestra formación continuada debemos tener en cuenta que las novedades en este campo son constantes. El médico de familia debe tener conocimientos básicos sobre fenómenos emergentes, como el *chemsex* y el cigarrillo electrónico. El *chemsex* es un patrón de consumo desadaptativo de sustancias altamente adictivas (metanfetamina, GHB, mefedrona) vinculado a la actividad sexual, sobre todo en varones homosexuales. Por su lado, debemos conocer el papel del cigarrillo electrónico como herramienta de reducción de daños y para dejar de fumar. Este es un tema tabú y demonizado entre organismos oficiales y sociedades científicas en España, lo que contrasta con las recomendaciones (entre otras) de las guías clínicas británicas de la *NICE*, revisiones *Cochrane* y recomendaciones de ministerios de Sanidad de países como Reino Unido, Canadá, Francia o Nueva Zelanda, entre otros ■

SOMOS **información**



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com



Las adicciones comportamentales, sin sustancias, acechan a los menores

Ignacio Civeira

Psiquiatra del Centro Integral de Prevención e Investigación en Adicciones Comportamentales del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid

Texto Clara Simón

Fotos Hospital Gregorio Marañón/EL MÉDICO



“Las adicciones comportamentales, sin sustancias, acechan a los menores”

Ignacio Civeira, psiquiatra del Centro Integral de Prevención e Investigación en Adicciones Comportamentales del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, explica a EL MÉDICO que las adicciones comportamentales son las que se derivan de un hábito o comportamiento aparentemente inofensivo, pero que puede convertirse en adictivo. Este comportamiento repetitivo y sin control interfiere en la vida familiar, laboral o educativa y social del menor. Por eso, es necesario manejarlas adecuadamente.

Hace unos meses que se puso en marcha el Centro Integral de Prevención e Investigación en Adicciones Comportamentales del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, pionero para el tratamiento de las adicciones a las nuevas tecnologías y otras, como las dependencias al juego, al sexo o a la compras compulsivas; es decir, las que no tienen un consumo de sustancias. El centro está integrado por un equipo multidisciplinar que se encarga de atender a niños y adolescentes con dichas adicciones. Enfermería es la que se encarga de la primera visita y del seguimiento, y realiza las analíticas de sangre previstas en esta evaluación. Después, un psiquiatra atenderá al menor, luego un psicólogo y, según necesidades no sanitarias, tendrá una cita con Trabajo Social. A partir de aquí empieza el tratamiento de estos menores.

La población infanto-juvenil es más vulnerable y predispuesta a hacerse adicta. De hecho, el 65 por ciento de las adicciones tienen lugar en menores de 20 años

¿Cómo se caracterizan estas adicciones?

Por un abuso, por una dedicación excesiva de tiempo a esa conducta. Además, se traduce en una necesidad creciente de aumentar el tiempo dedicado a ese comportamiento para poder alcanzar la satisfacción deseada. El paciente también sufre la abstinencia, un gran malestar físico y psicológico si por una razón se le priva de esa conducta. Además, hay que con-

siderar que la aparición de consecuencias negativas en su vida no es suficiente para ayudarlo a abandonar la conducta adictiva.

¿Cómo se definen dichas adicciones?

Clínicamente, el término adicción se ha ido asociando a una sustancia en sí, pero se ha visto que este concepto se queda corto e incompleto, porque vemos que la sustancia no es solo el problema.

¿Por ejemplo?

El caso del alcohol, el problema no es una cerveza ni dos, sino el medio que predispone a una persona vulnerable, con unas características específicas, a generarle una enfermedad, una adicción. Es una for-

ma de proceder del individuo la que le lleva a ser adicto.

¿Los niños y adolescentes son más vulnerables a las adicciones?

Es un sector de la población que es más vulnerable y predispuesto a hacerse adicto. De hecho, el 65 por ciento tienen lugar en menores de 20 años.

¿Qué tienen en común las adicciones en la población infanto-juvenil?

Estudiando este tipo poblacional vemos que tiene unos rasgos característicos que les hacen ser más vulnerables. La inmadurez comportamental y la dificultad que tienen a la hora de tomar decisiones, la impulsividad, la tendencia a la inmediatez en su proceder y en la necesidad de recompensas inmediatas son elementos comunes. También hay que contar con que tienen deficientes recursos de afrontamiento y la búsqueda de sensaciones.

¿Pesam los aspectos sociales?

Sí, y los culturales. También vemos que hay unos medios que dan de comer a esas adicciones y que chocan virtualmente con estas vulnerabilidades, como son las tecnologías actuales, no en formato videojuego, sino en formato redes sociales. De hecho, es lo que principalmente vemos en esta unidad y en este sector poblacional.

¿Cómo es el acceso a la atención del centro?

Tenemos un programa pionero, no hace falta que se derive al menor desde otro escalón de la asistencia. El paciente tiene su propia iniciativa y por vía telemática tiene acceso al centro. Es una herramienta de cribado, donde trabajamos con unos cuestionarios. De esta forma, distinguimos tres grupos.

¿Cuáles son?

En el primero se encuentran los que no tienen un problema, en el segundo los que dudan, porque se les hace creer que puedan tenerlo, por un uso excesivo, una mala educación o un empleo erróneo de las tecnologías, como pueden ser las redes sociales. En este grupo vemos un riesgo. El tercer grupo lo constituyen niños y adolescentes en los que intervenimos por su adicción.

¿Se puede hacer prevención en dicho grupo poblacional?

Es necesario, cuanto más prevención y promoción de la salud, mejor. Estamos yendo a los colegios para además de hablar con los alumnos, hablar con profesores y con padres. Con los alumnos queremos establecer contacto para promocionar el uso adecuado de los dispositivos y hablar de los factores protectores y de los de riesgo.

¿Cuáles son?

En Medicina la palabra multifactorial es la estrella. A eso hay que añadir el aspecto genético. No hay marcadores biológicos, pero la genética puede ser un factor a considerar. También hay que tener en cuenta los factores externos familiares, como es el ejemplo negativo: si un niño ve a sus padres enganchados a las tecnologías es posible que él haga lo mismo. Además, la falta de tiempo de calidad por parte de los padres y de supervisión son factores que intervienen en tomar decisiones y en la impulsividad. Todo esto, llevan al menor al retraimiento, al aislamiento y al fracaso escolar.

¿A partir de qué edad habría que empezar la educación para facilitar la prevención?

La prevención va unida a la educación sanitaria y hay que implantarla desde la infancia. Hay que intervenir desde el colegio, porque vemos que los riesgos llevan incluso a delinquir y a generar una vulnerabilidad. En este contexto se sitúa los abusos. Hay que informar de lo que es legal en diversas cuestiones, como compartir fotos.

¿Qué papel tiene la exposición a las pantallas?

La exposición a las pantallas es claramente perjudicial, pero hay que tener en cuenta que no hay dos personas iguales. Lo que está claro es que la tecnología no



es mala, es buena y tiene que pertenecer a la vida del individuo, pero no tiene que ser una necesidad ni un foco único de entretenimiento. La tecnología no puede ir rellenando huecos, porque una vida sin deporte, sin esfuerzo, sin hábitos y sin autocuidado es una vida no saludable.

¿Cuál es el perfil del menor adicto a los dispositivos?

Suelen ser solitarios que dan de comer a esas sensaciones y a su riesgo. Pero no se puede generalizar, hay que buscar las características de cada individuo.

¿Estos comportamientos son más frecuentes en niñas o en niños?

Nuestro nivel intervención empieza a partir de los 12 años, ya se le presupone una mayor capacidad de cambio y, sobre todo,



una mayor empoderamiento no para poderla llevar a cabo. El varón es más impulsivo por naturaleza. Por eso, el comportamiento y la vulnerabilidad le lleva a usar los videojuegos. A eso hay que sumar que son más competitivos. Sin embargo, el patrón femenino se ve más en el uso de las redes sociales, con unas posiciones que buscan la gratificación y que las encuentran por un tipo de contenido para reforzar la autoestima, una identidad que no encuentran directamente en realidad a corto plazo. Por eso, la buscan y la generan en las redes sociales. Las que optan por los videojuegos eligen juegos un poco más elaborados y menos competitivos.

El varón es más impulsivo por naturaleza. Por eso, el comportamiento y la vulnerabilidad le lleva a usar los videojuegos

¿Esos tipos de comportamientos están asociados a una patología psiquiátrica de base?

Estamos trabajando en este sentido. Ahora mismo podíamos aventurarnos a que sí, que, por ejemplo, hay un perfil de persona impulsiva, que tiene problemas para regular las emociones incluso algún TDAH, que no se relaciona con dificultades de aprendizaje sino más bien con cuestiones de socialización. Sí, creemos que la adicción comportamental no viene sola, se asocia a muchos problemas de ansiedad, de depresión y de otro tipo de adicciones que ya tenían que ver con sustancias.

¿Qué aspectos hay que considerar para hacer el diagnóstico de las adicciones?

Hay que recordar que este grupo de población se encuentra en una época en la que el desarrollo es un cambio constante, son personas que se están formando, que están conformando su personalidad y su forma de proceder. Por eso, hay que valorar la presencia de desregulación emocional, cambios de humor... son señales que nos ayudan a dilucidar un poco el problema de las adicciones sin sustancia.

Entre estas, ¿cuáles son las más frecuentes?

Ahora mismo solo está admitidas las relacionadas con internet, las adicciones a los videojuegos.

¿Cuáles son las adicciones sin sustancias más frecuentes?

En la adicción al sexo hay un tema de la legalidad, de acceso. Hay ciertas prácticas sexuales que están muy normalizadas y, sin embargo, las considero totalmente dañinas. Además, vemos que en patologías como el TDAH, una de las consecuencias más frecuentes son los embarazos no deseados. También hemos atendido a menores con adicción a las compras y a los juegos. En estas últimas también hay un tema legal porque la edad mínima para tener una tarjeta son 15 años.

¿Qué porcentaje de la población infanto-juvenil tiene problemas de adicción comportamental?

Consideramos que el porcentaje de personas que realmente tengan una adicción es muy bajo, entre el 4 y el 7 por ciento. Nosotros somos su primer contacto, estamos viendo gente con un cuadro depresivo que ha podido abusar de las tecnologías, pero que no es un adicto, lo que sí tiene es un abuso negativo. Todavía estamos en una fase inicial por lo que esta estadística refleja solo el tiempo que llevamos en marcha.

¿Qué abordaje terapéutico hay que establecer en estos pacientes?

Somos un equipo multidisciplinar. La trabajadora social es la que analiza el caso,

habla con los padres y valora la situación general del individuo. El psicólogo es la primera fuente de contacto con el menor y su familia. Se establece terapia individual o grupal dependiendo de cada caso y del grupo. Es clave trabajar de forma coordinada con el colegio para seguir metodologías específicas, el acompañamiento y la adaptación en el medio escolar. Por su parte, los pacientes que por sus características tengan dificultades concretas pueden necesitar tratamientos farmacológicos.

¿Qué papel tiene la familia en el abordaje de estos menores?

Fundamental. Se ha visto desde la evidencia que por mucho que tratemos al menor por mucho que tenga disposición si no hay una implicación con la familia es complicado el abordaje. La familia es parte de la solución, tiene que haber un acompañamiento, una supervisión y una implicación. La eficacia depende de la atención integral.

¿Qué respaldo hay por parte de la Administración?

Todos los mensajes apuntan a la necesidad de actuar ya, pero los recursos son

los que son y estamos trabajando en formar a los propios compañeros porque por mucho que nosotros hagamos no podemos llegar a todo.

¿Se trabaja con otros centros similares?

Estamos todavía en fase de conocer y que nos conozcan. Este año vamos a una reunión con una unidad parecida, no igual, que hay en Barcelona. Queremos ver qué está haciendo para aprender. Estamos digitalizando los datos, aunque hay que mejorar la herramienta que se ha activado, vamos avanzando para mejorar la asistencia de estos menores ■

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

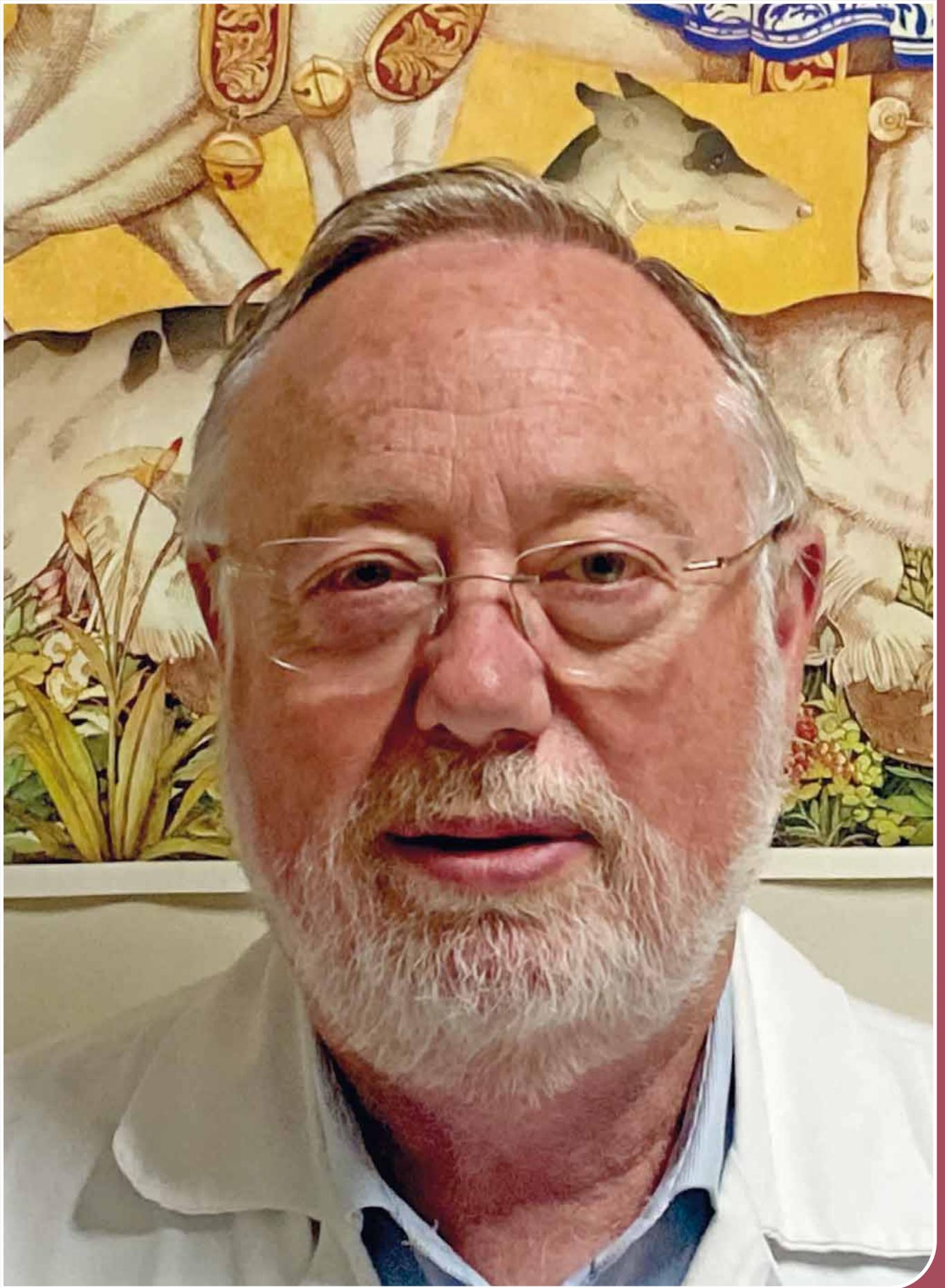
Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación.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





Este año
es cuando
más **demanda**
de **tratamiento**
estamos recibiendo

Francisco Pascual

Presidente de SOCIDROGALCOHOL

Texto | Silvia C. Carpallo

Foto | SOCIDROGALCOHOL/EL MÉDICO



“Este último año es cuando más demanda de tratamiento estamos recibiendo”

Las drogas han dejado de ser una preocupación social, pero siguen siendo una preocupación para los profesionales. Continúa siendo necesario avanzar en la concienciación de los peligros de drogas habituales como el alcohol y el tabaco, pero el sector de las adicciones se enfrenta a nuevos retos como la relajación ante el cannabis, el impacto de las NPS, las adicciones online y nuevos perfiles de pacientes, como un incremento de las adicciones en mujeres y un aumento de adictos mayores debido al envejecimiento poblacional.

Parece que ya no nos preocupan las drogas como en décadas pasadas, pero siguen matando a un millar de personas al año, ¿qué ha cambiado en la percepción que tenemos de las drogas y en el perfil de los adictos?

Efectivamente, la preocupación por las drogas ha disminuido y ya no estamos en la tesitura de los años 80 del pasado siglo. En ese momento se creó el Plan Nacional sobre Drogas con el consenso de todos los grupos políticos, debido fundamentalmente a que el consumo de heroína generó un incremento de la delincuencia, coincidiendo además con la aparición de SIDA y con un incremento de otras enfermedades infecciosas. Toda esta percepción de riesgo justificaba que el consumo de drogas fuese una de las primeras preocupaciones de los españoles en las encuestas del CIS. Ahora, hemos pasado de uno de los cinco primeros puestos a más allá del 50. Pero, no hay que olvidar que el cómputo total de muertos en España no es de 1.000. A estos, hay que sumar las más de 50.000 muertes anuales a causa del tabaco y los cerca de 30.000 fallecimientos a causa del alcohol. Y es que, a veces, se nos olvida que el tabaco (nicotina) y el alcohol (etanol), también son drogas, lo que muestra claramente la normalización y, con ello, la baja percepción de riesgo con la que las contemplamos. Además, nos encontramos ante un aumento del consumo de cannabis y una banalización en cuanto al consumo de co-

caína, siendo este frecuente en determinados ambientes.

Además de estas drogas, más o menos conocidas por todos, ¿cómo definiríamos las nuevas sustancias psicoactivas y cómo está impactando su consumo?

Cada año, el Observatorio Europeo de Drogodependencia detecta y analiza nuevas sustancias psicoactivas (NPS el acrónimo en inglés), en ocasiones más de 100 cada año. Muchas de ellas son sustancias estimulantes y, aunque son nuevas, algunas son moléculas que derivan de otras anteriores, pero con una acción más potente y a veces con más capacidad adictiva. Algunas de ellas se venden en internet, por ejemplo, el cannabis sintético que, aunque puede actuar sobre los mismos receptores, no es cannabis ni deriva de él, aunque se busque un aspecto semejante. Son drogas en principio indetectables en los controles habituales, pero con una probabilidad de producir complicaciones orgánicas y psiquiátricas más agudas que pueden llegar a comprometer la vida de la persona que las consume. Podríamos decir que están de moda, y eso es un riesgo para las personas, especialmente jóvenes, que quieren experimentar.

También ha cambiado la percepción de algunas sustancias, ¿cómo está afectan-

do el llamado cannabis terapéutico a la percepción de esta droga?

Aunque se habla de cannabis terapéutico, lo correcto sería hablar de cannabinoides terapéuticos, como puede ser el CBD. Aunque hay que matizar que no hay evidencia científica suficiente ni contrastada para considerar que el CBD puede, al menos de momento, ser un fármaco. Así, es cierto que la imagen de panacea que se está dando en algunos países ha complicado más las cosas. Ha incrementado el consumo, no ha descendido el narcotráfico y las consecuencias psiquiátricas y consumos accidentales en menores y mascotas se han incrementado. Estas son las consecuencias de creer que el cannabis es bueno para la salud.

¿Puede estar el problema en que la sociedad no entienda la diferencia entre ambos conceptos?

Posiblemente la sociedad lo entienda, pero al mismo tiempo pensar: “por qué no voy a consumir si se dice que es bueno para la salud, que sirve para calmar el dolor, para relajarse”. Para... mil cosas, vaya. Pero ninguna de ellas es cierta. Por mucho que digan, no hay estudios serios que así lo demuestren, aunque sí podemos encontrar “estudios” interesados.

En otros países preocupa la adicción y abuso de algunos medicamentos, ¿tenemos también este problema en España?

En España, fundamentalmente estamos asistiendo a un abuso de ansiolíticos (benzodiazepinas). Se trata de fármacos tranquilizantes con potencial adictivo que sirven para tratar la ansiedad y el insomnio,

pero que deben estar prescritos por un facultativo y para un tiempo limitado. Cuando esto no es así, es cuando aparecen los problemas relacionados con su consumo. Por otro lado, los derivados opioides, sobre todo utilizados para el dolor crónico no oncológico, pueden acarrear problemas semejantes, pero más graves. La ventaja es que, a diferencia de lo que pasa en EE. UU., en España estamos elaborando protocolos y tenemos un control bastante estricto para que la persona no utilice el fármaco ni con más dosis de la adecuada, ni durante más tiempo que el necesario. Aun así, nos encontramos con casos que debemos tratar. Por eso SOCIDROGALCOHOL está colaborando con el Ministerio de Sanidad en los protocolos del uso racional de opioides.

Ante el aumento de patología relacionada con la salud mental, como la depresión o la citada ansiedad, a causa de la pandemia, ¿se ha detectado también un aumento de las adicciones?

Precisamente, este último año, después de las fases más agudas y graves de la pandemia, es cuando más demanda de tratamiento estamos recibiendo en las Unidades que nos dedicamos al abordaje de los trastornos adictivos.

Uno de los problemas sociales en cuestión de adicciones es que seguimos pensando que hay un consumo moderado de alcohol y que es incluso saludable, ¿seguimos sin tratar al alcohol como una droga?

El alcohol es nuestra droga cultural. Se consume de forma habitual, desde edades tempranas, y no hay realmente una conciencia del riesgo que entraña su consumo. El alcohol es una droga que actúa sobre el Sistema Nervioso Central, que está relacionada con más de 200 enfermedades, que además puede ser un factor en la aparición de más de 20 tipos de cánceres y que, como droga, puede provocar una adicción con las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, que todos conocemos,



pero que nos negamos a ver. Pese a ello, vemos a menores consumiendo alcohol, mientras sus padres les ríen la gracia, vemos cómo consumen alcohol las embarazadas, sin saber los riesgos que corre su bebé, y se sigue consumiendo antes de conducir o durante algunos trabajos. Se sigue manteniendo aún esa falsa creencia de que un vasito de vino es bueno para la salud, pero lo cierto es que solo es bueno para la salud “económica” de ciertas personas. Que tomar un vaso de vino de vez en cuando no sea malo, no quiere decir que sea bueno, ni mucho menos saludable.

El otro gran problema, sin duda, sigue siendo el tabaco, ¿es necesario tomar más medidas contra el consumo de ta-

baco y contra nuevas formas de fumar como los vapeadores?

De entrada, diremos que SOCIDROGALCOHOL es miembro fundador, y yo personalmente, vocal de la Junta directiva del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Esto quiere decir que

estamos pendientes de que el Ministerio apruebe de una vez el Plan Integral de Tabaquismo (PIT), que tiene guardado en un cajón. En el mismo, reivindicamos, como

propuestas complementarias, el etiquetado neutro, el incremento de precios, la prohibición de fumar en terrazas y playas, y en sitios cerrados como pueden ser los coches, en los que además suelen ir niños. De todo ello, debería de salir una ley actual-

En España fundamentalmente estamos asistiendo a un abuso de ansiolíticos (benzodiacepinas)



lizada al respecto. Por su parte, los vapeadores, los dispositivos de calentar tabaco, etc. no solo no aportan nada, sino que en ocasiones pueden ser puerta al consumo del cigarrillo convencional. Y no olvidemos que su uso también se relaciona con enfermedades respiratorias, e incluso con algunas neoplasias, al contener metales pesados. Se prohibieron cigarrillos de chocolate y ahora se venden como chuches los vapeadores de sabores, con y sin nicotina. Estos últimos los pueden adquirir los niños, ¿para que imiten conductas? Pues eso.

Que tomar un vaso de vino de vez en cuando no sea malo, no quiere decir que sea bueno

Hablando de jóvenes, una de las preocupaciones en este colectivo es la adicción a los móviles, redes y otras pantallas y tecnologías...

La adicción a las nuevas tecnologías, al *gambling* (con apuestas), o al *gaming* (juego por diversión), el uso indiscriminado de las redes sociales (Instagram, tick-tack, etc.), ya están dando resultados negativos como desinterés, fracaso escolar, pérdida de habilidades sociales, aislamiento y un largo etcétera que lo único que va a conseguir es que la persona viva en "su mundo". Y esto no quiere decir que ni los móviles ni la tecnología sean malos, al contrario, son herramientas necesarias, casi imprescindibles en la sociedad en la que vivimos, pero hay que enseñar a utilizarlas. No hay nada que me indigne más que observar la negligencia educativa y el desinterés que demuestran algunos padres que le dejan el móvil al niño o a la niña para que les deje comer, para que no moleste. De esa forma les estamos enseñando a que no sepan interaccionar con los demás.

Ha mencionado el juego online, ¿estamos realmente poniendo herramientas para evitar la adicción al mismo?

El juego online puede acarrear, y no solo entre los menores, las pérdidas de dinero,

de tiempo, de sociabilización y de familias. Aún estamos empezando a poner soluciones, porque la sociedad todavía no se ha percatado realmente del riesgo que entraña. Sin embargo, podemos aseverar que algunas CC. AA. están ya redactando o disponen de estrategias específicas para el juego, con aspectos preventivos y asistenciales. Pero, todo ello implica una corresponsabilidad entre administraciones y una ley que regule todos los temas relacionados, desde la publicidad hasta la accesibilidad. Nos falta mucho por recorrer...

Se habla mucho de las adicciones en gente joven, pero ¿nos olvidamos de las adicciones en los mayores, pese a ser un gran porcentaje de población?

No nos estamos olvidando, pero no estamos dando la respuesta necesaria. Hay que arbitrar protocolos y recursos específicos para estas personas. En cuanto al consumo de sustancias, por ejemplo, los adictos envejecen prematuramente, tiene más patología e incluso muchos se quedan solos. Nos preocupa especialmente al consumidor de opioides (heroína), también el de prescripción, por ejemplo, de analgésicos y muy mucho los dependientes al alcohol, ya que pueden llegar a tener un grado de marginalidad social importantísimo, con afecciones hepáticas y neurológicas severas y también cuadros psiquiátricos. Es un problema que va a ser cada vez más frecuente y al que debemos darle más importancia, incorporando nuevos recursos de atención e incluso de vivienda o residenciales. Básicamente, lo que ya existe en otros países.

Además del factor edad, ¿por qué las adicciones parecen impactar más en hombres que en mujeres?

Efectivamente eso parece, pero lo cierto es que cada día hay más mujeres adictas. Además, si tener un trastorno adictivo de por sí, ya entraña ciertos aspectos estigmatizantes; el ser mujer es sufrir un doble estigma: el de adicta y el de no cumplir las expectativas que la sociedad patriarcal en la que vivimos les ha impuesto. Esto hace que les cueste más ponerse en tratamiento y que, cuando lo hacen, muchas veces los cuadros asociados a su adicción ya son más graves. Debemos visibilizar este problema para que las mujeres con una adicción pierdan el miedo a demandar un tratamiento.

¿Qué otros retos se plantean desde SOCIDROGALCOHOL para este próximo año?

Pues, aunque durante el pasado nos hemos encontrado con problemas para poder realizar determinadas actividades, por falta de apoyo institucional, nuestros retos siguen siendo: ofrecer una formación continua y de calidad; seguir apoyando a los colectivos de pacientes; seguir luchando contra el estigma de este trastorno; elaborar materiales y guías basadas en la evidencia (ahora estamos inmersos en la elaboración de material sobre el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) y

Se prohibieron cigarrillos de chocolate y ahora se venden como chuches los vapeadores de sabores

en la elaboración de una Guía de Adicciones comportamentales); elaborar proyectos y programas de gamificación para la detección precoz e intervención breve en adicciones, tanto en adultos como en jóvenes. Y seguir elaborando nuestra revista *Adicciones*, que, con FI del 4,102, se ha situado como uno de los principales referentes científicos en este campo. Bueno, y muchas más actividades, que no dejan de surgir a lo largo del año y que muchos de nuestros socios y nuestras socias se encargan de realizar en nombre de SOCIDROGALCOHOL, sociedad científica con 53 años de historia ■



¿QUÉ NECESITA?

encuéntrelo en
Lyceum

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

Lyceum

www.lyceum.es



saned

GRUPO

www.gruposaned.com



Las adicciones son un problema de salud desatendido por la pandemia

Rafael Ortí

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSGS)

Texto Clara Simón Vázquez

Fotos SEMPSGS/EL MÉDICO



“Las adicciones son un problema de salud desatendido por la pandemia”

Rafael Ortí, presidente de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSGS), cree que es necesario mejorar las iniciativas de prevención de adicciones, un problema de salud desatendido durante la pandemia.

¿Cuáles son los objetivos de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSGS) en cuanto a la prevención de adicciones?

Aunque en estos momentos no desarrollamos ninguna iniciativa concreta en este ámbito, tradicionalmente ha existido un grupo de trabajo centrado en la prevención del tabaquismo. Al poner el foco en la pandemia, las adicciones han sido uno de los problemas de salud que se han visto más desatendidos, también desde el punto de vista de la Medicina Preventiva.

¿Qué papel tiene la Medicina Preventiva en este ámbito?

La prevención de las adicciones. Desde la preparación de campañas de promoción de la salud hasta la atención de deshabituación realizada en algunas consultas de Medicina Preventiva Clínica.

¿Cómo se trabaja en la prevención de adicciones en la población adulta?

En el proceso de deshabituación tabáquica, aplicando test para la valoración de la adicción, facilitando medicación específica si procede y realizando un seguimiento del tratamiento.

Y, ¿con otras adicciones?

Respecto a otras adicciones, se deriva a las Unidades de Conductas Adictivas del área sanitaria. No obstante, en el ámbito de la



Salud Pública, desde la Administración correspondiente se puede participar en la preparación de las campañas de prevención de las adicciones.

¿También trabajan con población infantil y adolescente?

No suele ser objeto de atención en los servicios de Medicina Preventiva.

Desde la SEMPSGS, ¿se trabaja con Primaria en el campo de las adicciones?

Existe una interacción continua, con derivación de pacientes para vacunación. En cuanto a la deshabituación tabáquica, en los centros donde se atiende el tabaquismo se continúa la atención especializada cuando la intervención mínima no ha funcionado.

¿Trabajan con alguna otra especialidad? ¿Con cuáles?

Con los psicólogos de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA). Ocasionalmente, nos han derivado pacientes desde Cirugía que se niegan a dejar de fumar antes de la intervención.

¿Qué relación tiene la SEMPSGS con el Plan Nacional sobre Drogas?

En estos momentos no estamos colaborando.

¿Cómo se podría fomentar y mejorar esa colaboración?

Estableciendo un acuerdo de colaboración como hemos hecho con otras áreas de la Administración en temas de calidad asistencial, vacunas, prevención de IRAS y enfermedades de declaración obligatoria.

¿Es importante establecer programas de educación sanitaria centrados en las adicciones?

Por supuesto que es necesario.

¿Qué es lo que falla para que no se reduzca el número de adolescentes que se inician en las conductas adictivas?

Creo que falta educación sanitaria en la escuela y educación mediante programas específicos para adolescentes.

¿Cómo se puede trabajar de forma conjunta entre las distintas administraciones?

Dada la falta de recursos que tenemos en estos momentos y la reciente dedicación a la Covid-19, solo responderíamos ante una petición expresa por parte de la Administración ■

¿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



saned.
GRUPO

El Médico
Interactivo

El Médico

*Desde 1981
comunicando
en salud*





2022: vuelta a la normalidad y crisis en la Atención Primaria

La pandemia ya no ha sido la absoluta protagonista. Sí lo han sido, en cambio, las consecuencias de la misma.

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | EL MÉDICO



REPORTAJE

2022: vuelta a la normalidad y crisis en la Atención Primaria

La actualidad sanitaria del 2022 no ha olvidado la evolución del coronavirus. De hecho, ha estado marcada por la vuelta a una realidad bastante similar a la normalidad. Sin mascarillas y sin cuarentenas de positivos, y con picos de contagios que ya no se traducían en altas cifras de mortalidad, gracias al efecto de las vacunas. Sin embargo, la pandemia ya no ha sido la absoluta protagonista. Sí lo han sido, en cambio, las consecuencias de la misma. Por ejemplo, un **aumento de virus respiratorios** tras dos años llevando mascarillas. También un importante **aumento de la patología mental**, especialmente entre los sanitarios. Pero, sobre todo, una Sanidad colapsada por las listas de espera y una Atención Primaria que, tras darlo todo en la pandemia, dejaba en evidencia todos sus problemas y deficiencias. Tanto, que los sanitarios acababan el año en pie de guerra con huelgas en diferentes comunidades autónomas. Por su parte, el Ministerio de Sanidad este pasado año realizaba una nueva apuesta en ámbitos como la salud bucodental, la salud pública y la salud digital. Además, surgían nuevas alertas sanitarias como la llamada viruela del mono.

No solo el coronavirus, el año de “los otros virus”

Enero de 2022 comenzaba con la aparición de nueva variante del coronavirus responsable de un nuevo pico de contagios, aunque dejaba pacientes con síntomas mucho más leves. Era la llamada variante ómicron (aunque llegarían otras a lo largo del año). Pese al aumento de contagios durante las navidades, a comienzos de febrero la situación sanitaria parecía estabilizarse y el 7 febrero llegaba el **fin de la obligatoriedad de la mascarilla en exteriores**. Dando un

paso más, el 2 de marzo **se eliminaban las cuarentenas** de los contactos estrechos no vacunados. En esta línea, el 20 de abril el **uso de mascarillas dejaba de ser obligatorio también en interiores**, salvo en centros sanitarios y otras excepciones como el transporte público.

Precisamente, el fin del uso de las mascarillas supuso también un aumento de la circulación de virus respiratorios durante el otoño, especialmente en niños que, al no haberse visto expuestos aun a los mismos, contaban con menor inmunidad. De esta forma, en el mes de noviembre la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) emitía un comunicado ante su preocupación e incertidumbre por el incremento inesperado del volumen asistencial en las urgencias pediátricas en todo el

La protagonista ha sido una Sanidad colapsada por las listas de espera y con una Atención Primaria que dejaba en evidencia todos sus problemas y deficiencias

territorio español. La situación llegaba al punto de que en algunas urgencias se atendían hasta un 40 por ciento más de casos que en la época prepandemia.

Este incremento se debía a los casos de COVID que volvían a estar en aumento y a los casos de gripe que también ascendían, pero en niños preocupaba especialmente el aumento de los casos de **bronquiolitis asociadas al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)**. Y es que, fuera de la tónica habitual, los primeros casos de VRS se empezaron a atender en el mes de julio. Sin embargo, en la época anterior a la COVID, la epidemia de bronquiolitis se iniciaba a finales de octubre. Además, en abril se produjo otra crisis sanitaria pediátrica, cuando la Organización Mundial de la Salud anunció la existencia de al menos 169 casos de hepatitis aguda infantil en 12 países, 13 de ellos en España.

Aunque, sin duda, el virus que más preocupó en 2022 fue el asociado a la **viruela**

del mono, que causó una nueva alerta sanitaria. Era el 14 de mayo, cuando la Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria de Reino Unido (UKHSA) informaba por primera vez de dos casos de Monkeypox sin antecedentes recientes de viaje. Después de dichos casos, se fueron sucediendo detecciones en distintos países. Entonces, la falta de vacunas para la viruela del mono obligaba a las autoridades sanitarias a destinar estos fármacos a los colectivos de riesgo.

Durante el mes de mayo, la ministra de Sanidad, Carolina Darias, destacaba la capacidad de respuesta y coordinación que mostraba todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) ante la alerta sanitaria emitida por los casos de Monkeypox, o viruela del mono, que se detectaban en España durante esas últimas semanas. Pese a ello, durante el verano de 2022, los epidemiólogos alertaban del infradiagnóstico de la viruela del mono en España. Además, también criticaban el retraso de la notificación, lo que dificultaba el control del brote. Finalmente, el 22 de agosto de 2022 el Ministerio de Sanidad anunciaba la llegada de 5.000 dosis de vacunas adicionales de Imvanex contra la viruela del mono o Monkeypox. Con esta última incorporación, gestionada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), el SNS disponía ya de más de 17.000 dosis contra este virus.

Las consecuencias de la pandemia en la Salud Mental

Quizás podría decirse que la verdadera epidemia del 2022 venía de la mano de los problemas de la Salud Mental. Según los datos del informe “Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos”, se observó un **aumento del 47 por ciento de los pacientes atendidos en urgencias** por motivos de Salud Mental en el primer trimestre del año en comparación con el mismo período del 2020.



Así, desde la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) advertían de un aumento claro de la necesidad de tratamiento en Salud Mental de la población infanto-juvenil desde el confinamiento, tanto para la asistencia ambulatoria, como para la hospitalaria y las unidades de media estancia u hospitales de día. En concreto, el Barómetro Juvenil de Salud y Bienestar de la FAD revelaba que casi la mitad de los jóvenes españoles consideraba haber tenido algún problema de Salud Mental. Como dato más preocupante, destacaba que la **ideación suicida con alta frecuencia pasaba de un 5,8 por ciento en 2019 a un 8,9 por ciento en 2021.**

Los problemas de Salud Mental no solo eran acuciantes en algunos grupos de población por edades, sino también en sectores relacionados con el empeño laboral, como era el caso de los sanitarios. Así, según el 'Estudio MINDCOVID', financiado por el Fondo COVID del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y coordinado desde el Instituto Hospi-

tal del Mar de Investigaciones Biomédicas (IMIM), la mitad de los profesionales sanitarios presentaba un cribado positivo de un trastorno mental, mientras que casi un 15 por ciento sufría un trastorno mental discapacitante durante la primera ola.

Además, agravaba esta situación el hecho de que, según datos dados a conocer el mes de febrero en 2021, se registraron **225 denuncias por agresiones a profesionales sanitarios**, lo que suponía un aumento del 14 por ciento de las denuncias de agresiones respecto a las presentadas el año anterior.

Solidaridad con la guerra en Ucrania

Uno de los hitos de 2022 era el comienzo de la guerra de Ucrania y su impacto en

toda Europa. Desde el punto de vista sanitario, España reaccionaba mostrando su solidaridad con los refugiados. Así, desde el Ministerio de Sanidad se realizaba el envío de material sanitario y medicamen-

tos para atender las necesidades de la población ucraniana. Estos lotes eran completados íntegramente por donaciones del SNS, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA),

encargada de la coordinación de los envíos de ayuda humanitaria, facilitando los trámites burocráticos y autorizaciones como la colaboración y coordinación con el resto de instituciones implicadas.

Además de las ayudas particulares, el CG-COM se sumaba al envío de ayuda a Ucrania, promoviendo y canalizando el envío de

Según el 'Estudio MINDCOVID', la mitad de los sanitarios presentaba un cribado positivo de un trastorno mental durante la primera ola



REPORTAJE

2022: vuelta a la normalidad y crisis en la Atención Primaria



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.

Por otra parte, la Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica (SEHOP) y la Fundación Aladina lideraban el traslado a España de los primeros niños ucranianos con cáncer que huían de la guerra para su atención sanitaria.

La gran crisis de la AP

Por otra parte, cabe afirmar que uno de los protagonistas indiscutibles de la actualidad sanitaria de 2022 fue sin duda la Atención Primaria. Si bien la situación del primer nivel asistencial ya era compleja estos últimos años, especialmente debido al déficit de financiación, la pandemia agravaba enormemente la situación. Y es que, una vez que las vacunas dejaron paso a síntomas más leves, fue la Atención Primaria la encargada de gestionar no solo la atención sanitaria de estos pacientes, sino también toda la carga burocrática derivada de las bajas laborales. Todo ello sumado a los pacientes crónicos que habían empeorado tras no haber sido atendidos presencialmente en el confinamiento y al nuevo grupo de pacientes con patología Long Covid.

De esta forma, ya en el mes de enero, **SEMG lanzaba la campaña de #AtenciónPrimariaNoPuedeMás**, cuyo objetivo era llamar la atención de los gestores y políticos, tras dos años de pandemia y seis olas de contagios disparados por ómicron. Asimismo, el Foro de Médicos de AP denunciaba la saturación a causa de la burocratización de la sexta ola.

Ante el anunciado Plan estratégico de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023, SEMERGEN también se manifestaba y criticaba la falta de concreción económica y la importante ausencia de Pediatría. En este sentido, SEMERGEN daba

un paso más y proponía no otro Plan, sino la creación de una **Estrategia global para la Atención Primaria en el SNS**.

En medio de esta situación, CESM-CLM denunciaba también a comienzos de año que uno de los grandes problemas era el abismo entre número inicial de pacientes de la agenda, unos 35 o 40, y el transcurso de la jornada. Durante la misma, se llega a duplicar o triplicar el número de pacientes. Así, se llegan a atender finalmente más de 75, 80 e incluso superar la cifra de cien pacientes diarios en algunos centros de salud.

Ante la falta de acción, en el mes de marzo, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) advertía una vez más de que el Plan de Atención Primaria contaba con 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 estimaba un presupuesto de 280 millones. Desde la FADSP calculan que la financiación necesaria ascendería a los 10.000 millones.

Pese a ello, en el mes de octubre, la ministra de Sanidad, Carolina Darias, informaba de que el Gobierno de España había movilizado ya más de 446 millones de euros para el Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2022-23.

Por su parte, CC. OO., junto al resto de más de un centenar de organizaciones que integran la plataforma ‘Salvemos la Atención Primaria’, registraba una carta dirigida a la ministra de Sanidad, Carolina Darias, alertando de que la accesibilidad a Atención Primaria no estaba garantizada. Tal y como revelaba el barómetro sanitario del mes de junio, el 65,7 por ciento de las personas que pedían cita en Medicina de Familia la conseguía después de 48 horas. De esta forma, el tiempo medio de demora

de quienes no son atendidos en 24 horas era de 8,8 días. De los mismos, el 62,5 por ciento tenía una demora superior a 6 días.

Llegado el mes de octubre la situación no hace sino empeorar. Así, los profesionales de AP demandan gerentes formados en gestión de personas, tal y como se desprende del **informe elaborado por SEDAP y EL MÉDICO INTERACTIVO** sobre una amplia encuesta llevada a cabo entre profesionales de Primaria.

Huelgas de final de año

Si bien la situación de la Atención Primaria era crítica a nivel nacional, en algunas comunidades autónomas el problema era aún más acuciante. Es el caso de Madrid, que entra en un momento de especial incertidumbre ante la reforma del modelo de urgencia extrahospitalaria planteado por el gobierno regional. De esta forma comienza una huelga que tiene como consecuencia que Isabel Ayuso, presidenta de la comunidad, proponga como alternativa dejar abiertos 34 PAC sin médico, pero con videoconsulta.

De nuevo, la marea blanca reacciona y más de 200.000 ciudadanos, según los datos oficiales de la Delegación de Gobierno, marcharon el 13 de noviembre desde diferentes puntos de Madrid en defensa de la Sanidad Pública. Los convocantes, la Federación Regional de Asociaciones Vecinales de Madrid (FRAVM) elevaban la cifra a 670.000 los manifestantes. La huelga se suspendió hasta el 11 de enero a la espera de una nueva reunión con la Consejería de Sanidad.

Aunque Madrid no era la única comunidad en pie de guerra. Los médicos de An-

dalucía y Cantabria también se manifestaban para defender la Sanidad Pública. Además, desde Osakidetza comienzan a preparar iniciativas en protesta por “los recortes en Sanidad” y en demanda “de un diálogo verdadero” en la Mesa Sectorial para iniciar protestas tras las navidades.

Cambios en la jubilación de los médicos

Los problemas de la Atención Primaria también se relacionaban estrechamente con la falta de personal, derivados, también en parte, del aumento de jubilaciones. Es por ello que reformar la jubilación de los médicos o no era otro de los debates intensos del 2022. Así, en el mes de febrero se producían los primeros avances en

el **proyecto de jubilación anticipada para médicos**.

En concreto, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) mantenía una nueva reunión con el objetivo de avanzar al res-

pecto y, tras la misma, presentaba en el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social e Inmigración un informe-propuesta que planteaba la necesidad de un régimen de jubilación flexible, entre los 60 y los 70 años, por razón de actividad y nocturnidad.

En verano, era el Sindicato Médico de Granada el que presentaba un nuevo informe apuntando que la jubilación anticipada del médico supone un recorte sobre la pensión inicial reconocida por la que se ha cotizado de hasta el 21 por ciento. También conlleva otro recorte adicional de hasta el 4 por ciento si finalmente la pensión queda por encima de la pensión máxima, si se adelanta dos años. “Tras la pandemia, las condiciones laborales se han deteriorado. Es muy posible que mu-

Los problemas de la AP también se relacionaban estrechamente con la falta de personal, derivados, también en parte, del aumento de jubilaciones



chos médicos quieran una jubilación anticipada de forma voluntaria. Para evitarlo, resulta prioritario mejorar sus condiciones”, concluía Vicente Matas, autor de dicho informe.

En el mes de septiembre, es CSIF el que pide que se inicie el procedimiento de rebaja de la edad de la jubilación del personal sanitario. En concreto, mediante coeficientes reductores por peligrosidad y penosidad y el cumplimiento de determinados requisitos. Es decir, tener 60 años de edad, 35 años de cotización en la Seguridad Social y 25 años de servicio en la Administración.

Finalmente, la única medida tomada en torno a la jubilación de los médicos tiene que ver precisamente con la falta de personal de Atención Primaria y se toma el 1 de diciembre. Es entonces cuando el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones anuncian un proyecto para facilitar la jubilación activa entre los médicos y pediatras de Atención Primaria de los servicios públicos de salud. Se trata así de propiciar que los médicos de estas especialidades que puedan y quieran seguir trabajando más allá de su edad de jubilación puedan hacerlo eliminando barreras legales y aumentando los incentivos económicos. Los cambios permitirán acceder a la jubilación activa a tiempo completo a los médicos y pediatras de Atención Primaria en el sector público, con un régimen mejorado de compatibilización de pensión con la actividad laboral, del 75 por ciento en lugar del 50 por ciento general. También se permitirá a los mismos profesionales acceder a la jubilación activa para trabajar en el sector público sanitario a media jornada.

La única medida tomada en torno a la jubilación de los médicos tiene que ver con la falta de personal de Atención Primaria

Los proyectos del Ministerio de Sanidad

Además de abordar cuestiones como el Plan para la Atención Primaria o la jubilación activa, el Ministerio de Sanidad anunciaba múltiples planes y estrategias de gran calado durante el 2022.

De esta forma, a finales del mes de abril, el pleno extraordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobaba la **Estrategia en Salud Cardiovascular**, con el objetivo de conseguir un cambio en la salud cardiovascular de la población y promover la adopción de hábitos de vida saludables.

Asimismo, ante el aumento de patología psiquiátrica, Carolina Darias anunciaba en el mes de mayo el **Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024**, en coordinación con la Estrategia de Salud Mental del SNS. Este plan era cofinanciado entre las CC. AA. y el Ministerio de Sanidad y contaba con un presupuesto de 100 millones de euros, a través de los Presupuestos Generales del Estado, durante los años 2022, 2023 y 2024.

También en el mes de mayo, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobaba la **‘Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del Sistema Nacional de Salud. Respondiendo a los retos de la vigilancia en España: modelando el futuro’**.

En el mes de junio la protagonista era la **Estrategia de Salud Pública**, que se centraba en el cumplimiento de los Objeti-

vos de Desarrollo Sostenible 2030. Se trata de un documento de trabajo compartido entre el Ministerio de Sanidad, las comunidades y ciudades autónomas, sociedades científicas y otros colectivos, fortaleciendo el enfoque ‘Una sola salud’ o *‘One health’*. Otro de los grandes hitos llegaba también antes del verano con el **“Plan para la ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el SNS”**, dirigido a la población española en general y en concreto, de forma especial, a más de 7 millones personas.

Agosto era el mes en el que el Consejo de Ministros aprobaba el anteproyecto de Ley por el que se crea la **Agencia Estatal de Salud Pública** y septiembre el mes en el que Darias anunciaba un **Plan de Medicina Personalizada**. En concreto, este plan busca actualizar a los centros sanitarios públicos para que puedan emplear “pruebas genéticas de gran valor para el diagnóstico y pronóstico de enfermedades de alto impacto sanitario y social”.

Además de abordar cuestiones como el Plan para la AP, el Ministerio de Sanidad anunciaba múltiples planes y estrategias de gran calado durante 2022

A nivel sindical y tras un largo y complicado proceso de negociación, tanto con UGT como con CC. OO., en octubre se firmaba el **‘Acuerdo Marco para una Administración del siglo XXI’**, con el que el

Gobierno proponía mejoras tanto a nivel salarial como de condiciones laborales. Entre ellas, la más destacada, una subida salarial del 9,8 por ciento en tres años (2022-2024).

Por último, en el CISNS del 19 de diciembre en Badajoz, se aprobaba entre otros asuntos, el **Calendario de Vacunación Común a lo Largo de Toda la Vida para 2023**, con la incorporación de cuatro nuevas vacunas ■



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

| *30 Aniversario*

13.971 donantes de médula ósea compatibles localizados para pacientes españoles que necesitaban un trasplante y no disponían de un familiar compatible.

11 líneas de investigación en marcha en el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, el primer centro de Europa dedicado exclusivamente a la leucemia.

313 pacientes alojados junto a sus familiares en los pisos de acogida para pacientes que reciben tratamiento lejos de su lugar de residencia.

19.595 consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.

105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, **Josep Carreras**
30 años de lucha **#imparablescontralaleucemia**

Gracias. Entra en www.imparables.org





Nos interesa
la **Salud integral**
de la **persona,**
y eso incluye
la parte **emocional**
y la **Salud Mental**

Javier Anitua

Director de la Fundación Viatrix para la Salud

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | Luis Domingo



ENTREVISTA Javier Anitua

“Nos interesa la salud integral de la persona,

y eso incluye la parte emocional y la Salud Mental”

La Fundación Viatris, heredera de la Fundación Mylan para la Salud, ha logrado llevar a cabo grandes proyectos en áreas como la hipercolesterolemia o la Oncología, que van más allá de los propios tratamientos y se centran en mejorar la forma de trabajar con los pacientes que sufren estas patologías. Asimismo, uno de sus grandes caballos de batalla es la mejora de la adherencia, para mejorar no solo los resultados en salud, sino evitar costes innecesarios.

¿Cómo asume la Fundación Viatris para la Salud el legado de la Fundación Mylan? ¿El cambio de concepto de la compañía, más abierto y flexible, también ha supuesto una nueva forma de trabajar desde la Fundación?

La Fundación Viatris, al igual que Viatris corporación, nace en noviembre del 2020 fruto de la unión de Mylan con Upjohn, una antigua división de Pfizer. Esta continúa la misión, los objetivos y las líneas de actuación que ya eran de su primigenia entidad fundacional, pero incorporando a eso la nueva dimensión de la compañía.

Las líneas de actuación que nuestra Fundación trabaja son cuatro: 1) educar en salud, tanto a la población general, como a nuestros profesionales sanitarios; fomentando hábitos saludables, 2) prevención y diagnóstico precoz: impulsando cribados de patologías que conduzcan a diagnósticos precoces, 3) adherencia terapéutica en una creciente población crónica polimedicada (fruto del imparable envejecimiento poblacional europeo), y 4) dimensión emocional de la Salud.

¿Por qué es importante tener una perspectiva de innovación científica, pero también social, desde el ámbito sanitario?

La sociedad evoluciona igual que la ciencia y tenemos que tener presentes todas las posibilidades que hoy existen. A nivel de medios, vemos claro cómo las redes sociales conectan a las personas, y como eso puede ser clave también para educar en salud, por ejemplo. Pero también para tener otras formas de acercarnos a esos pacientes que a veces están más aislados o con más dificultad de acceso al entorno sanitario.

Uno de sus grandes caballos de batalla es sin duda mejorar las actuales cifras de adherencia terapéutica, ¿por qué es tan importante avanzar en este tema?

En España, cada año fallecen, por desgracia, 1.300 personas por accidentes de tráfico, pero existe una gran conciencia social al respecto. Sin embargo, **cada año, pierden la vida en nuestro país 18.000 personas a causa de la no adherencia terapéutica, por muertes prematuras** (una cifra que asciende a 200.000 personas si miramos los datos de Europa), y estoy convencido de que, si hacemos una encuesta a la población, desconocen este dato por completo. Así, el resultado de ese desconocimiento es que, según la OMS, 1 de cada 2 pacientes crónicos en países desarrollados no se toma su medicación adecuadamente.

Fruto de esa no adherencia se produce esa mayor mortalidad, pero también mayores costes sanitarios directos en nuestro sistema nacional de salud, que pueden llegar a ascender a un total de 11.200 millones al año, además del número de fármacos destruidos que no se utilizan y del incremento de visitas a urgencias y a los servicios

sanitarios, ocasionadas por un mal control de la enfermedad. Incidiendo decisivamente en la calidad de vida de nuestros pacientes crónicos (prácticamente uno de cada dos españoles sufre una patología crónica).

Por todo ello, desde la Fundación una de nuestras líneas prioritarias es facilitar herramientas para mejorar esa adherencia.

¿Qué aporta en este sentido el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)?

Es toda la medicación de una persona, organizada por tomas, en un único dispositivo. Así, el paciente ya no se tiene que preocupar. El protocolo no solo activa el seguimiento farmacoterapéutico del profesional de Farmacia, sino que también establece ese contacto con el médico de Atención Primaria, para verificar qué medicación está tomando ese paciente. Así, se concilia y verifica la medicación y se inicia un seguimiento por parte del farmacéutico. Además, como la medicación se prepara por tomas no hay desperdicio, lo que supone un ahorro global.

Está constatado que, gracias al SPD, se consiguen altísimas adherencias, pero queremos lograr más evidencia al respecto, por lo que desde la Fundación vamos a trabajar en un nuevo estudio en el que nos apoyaremos en nueva tecnología Big Data con este fin.

¿Por qué este sistema aún no es tan conocido por los médicos? ¿En qué están trabajando para poner una solución al respecto?

Bajo nuestro patrocinio, SEMERGEN lanzó una encuesta a médicos de Atención Primaria sobre su conocimiento de la herramienta del SPD. El resultado de esta fue que



apenas 1 de cada 2 médicos de Primaria estaban familiarizados con el SPD. Sin embargo, de los que conocían la herramienta, el 98 por ciento opinaban que era muy útil para lograr el cumplimiento terapéutico y denominaban como vital el diálogo y colaboración con la farmacia para implantar este modo de dispensación. Pese a ello, en ese momento, solo la mitad mantenían contacto con el farmacéutico por no disponer de un vehículo comunicativo directo.

Para mejorar estas cifras trabajamos en varias líneas, como los premios a la prescripción, también queremos seguir impulsando el documento de consenso sobre el uso de los SPD SEFAC-SEMERGEN, premio a la mejor inciativa del año en adherencia terapéutica del 2021 por parte del Observatorio de Adherencia Terapéutica, y trabajamos con las CC. AA. para que, ahora que se están generando reformas legislativas en el ámbito de la Farmacia, se pueda tener presente esta circunstancia. Porque invertir en SPD no es un coste, sino que es una herramienta que puede generar importantes ahorros.

Otra de sus áreas de trabajo con sociedades científicas, como es el caso de SEFAC y SEMERGEN que antes comentaba, es mejorar el porcentaje de población con hipercolesterolemia diagnosticada y tratada, ¿cómo han trabajado al respecto?

En primer lugar, este proyecto parte de un documento para el manejo del colesterol. Se trata de un documento multidisciplinar realizado entre SEFAC y SEMERGEN, que cuenta con un algoritmo de toma de decisión para que el farmacéutico sepa cuándo referir a esa persona al médico de Atención Primaria. Acompañando a ese algoritmo hay un protocolo a seguir en estas situaciones.

En segundo lugar, hemos puesto en marcha ya dos campañas de cribado de colesterol junto a SEFAC, en las que precisamente se hace uso de este protocolo y este algoritmo de derivación. La primera campaña tuvo lugar el año pasado y en mayo de este año arrancaba la segunda.

Estas campañas contaban con un doble objetivo. Para empezar, educar a la población,

porque hay muchas personas que, pese a hacerse analíticas con frecuencia, ni siquiera recuerdan cuáles son sus parámetros de colesterol. Pero también, el ser capaces de medir en la farmacia comunitaria el colesterol para tomar medidas al respecto. Si es necesario, derivando al médico, además de dando consejos de salud.

Hay que recordar que la primera causa de muerte en los españoles es la enfermedad cardiovascular, y una cuarta parte de las mismas se deben a la hipercolesterolemia. No obstante, la mitad de los españoles mayores de 18 años padece de la misma, pero solo un 24 por ciento está diagnosticada y únicamente un 12 por ciento está controlada.

Otra de las áreas recientes de trabajo ha sido trabajar en mejorar la comunicación de malas noticias en Oncología, ¿qué se ha conseguido al respecto?

El objetivo inicial de todo este proyecto era saber hasta qué punto estábamos “abrazando” bien, emocionalmente, a nuestros pacientes oncológicos en los hospitales.



ENTREVISTA Javier Anitua



Porque, como ya hemos mencionado, nos interesa la salud integral de la persona, y eso incluye la parte emocional y la salud mental. Y el cáncer es una enfermedad que provoca mucho sufrimiento en este sentido.

Para ello, planteamos en 2019 un estudio inicial, en el que descubrimos que **el 82 por ciento de los hospitales españoles no cribaba emocionalmente a los pacientes oncológicos**, es decir, no se adaptaba o modulaba el discurso en función del estado emocional del paciente (*gold standard*). La siguiente conclusión es que nuestros oncólogos, reconocidos internacionalmente como grandes terapeutas, adolecen pese a ello de capacidades en el ámbito comunicacional, porque no han sido formados para ello, lo que les hace sentirse incómodos en la transmisión de malas noticias. Algo que además acaba por percibir el paciente.

Así, el primer paso fue buscar herramientas para mejorar ese cribado de los pacientes. Para ello, existía unos cuestionarios (HADS y MiniMac) internacionales considerados (*gold standard*) para dimensionar la ansiedad, depresión y afrontamiento ante una patología como el cáncer, del que apenas se hacía uso porque suponía realizar un total de 42 preguntas al paciente. Se desarrolló y evaluó una alternativa más sencilla de usar en la práctica clínica, denominada ADAF, acrónimo de Ansiedad, Depresión y Afrontamiento, que solo utiliza 5 preguntas, siendo igual de efectivo y mucho más fácil de aplicar.

La otra pata de este proyecto era mejorar la capacidad comunicativa de los profesionales y, en este sentido, se puso en marcha un curso formativo. Además, se quiso medir cómo se sentía el médico antes y des-

pués de la formación y cómo se sentían sus pacientes antes de que este fuese formado y después. En el caso de los pacientes, sus niveles de ansiedad bajaron a la mitad y el afrontamiento de la patología mejoró significativamente, posformación de sus clínicos. Respecto a los oncólogos, hubo una gran valoración de la formación. Tras ella, el cien por cien disponían de un plan de comunicación y el 50 por ciento decían sentirse cómodos al comunicar con sus pacientes, frente al 20 por ciento al inicio de la formación.

En cuanto al trabajo en colaboración con las asociaciones de pacientes, ¿qué líneas de acción destacaría?

Las asociaciones de pacientes están siempre presentes en todas nuestras iniciativas. Su punto de vista e implicación en nuestros proyectos es imprescindible. Algunos ejemplos son GEPAC en el proyecto Quasar sobre el abordaje del SAC en pacientes oncológicos; FEP en el cribado emocional de pacientes oncológicos ADAF; CardioAlianza en cribado hipercolesterolemia, etc.

¿Por qué también es importante trabajar con los gestores sanitarios para lograr una mayor calidad asistencial?

Porque, precisamente, donde es imprescindible gestionar recursos no ilimitados y valorar resultados, es donde es clave apoyar que exista una gestión profesional.

Por último, en el área de investigación de la propia Fundación, ¿qué proyectos se marcan a futuro?

Queremos ayudar al sistema a evolucionar de un modelo sanitario hospitalocéntrico para agudos, a uno asistencial domiciliario de pacientes crónicos, además de luchar por acercar la asistencia al paciente, su adherencia y contribuir a velar por la dimensión emocional de nuestra población. Todos ellos son ámbitos en los que queremos continuar estando presentes ■



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**

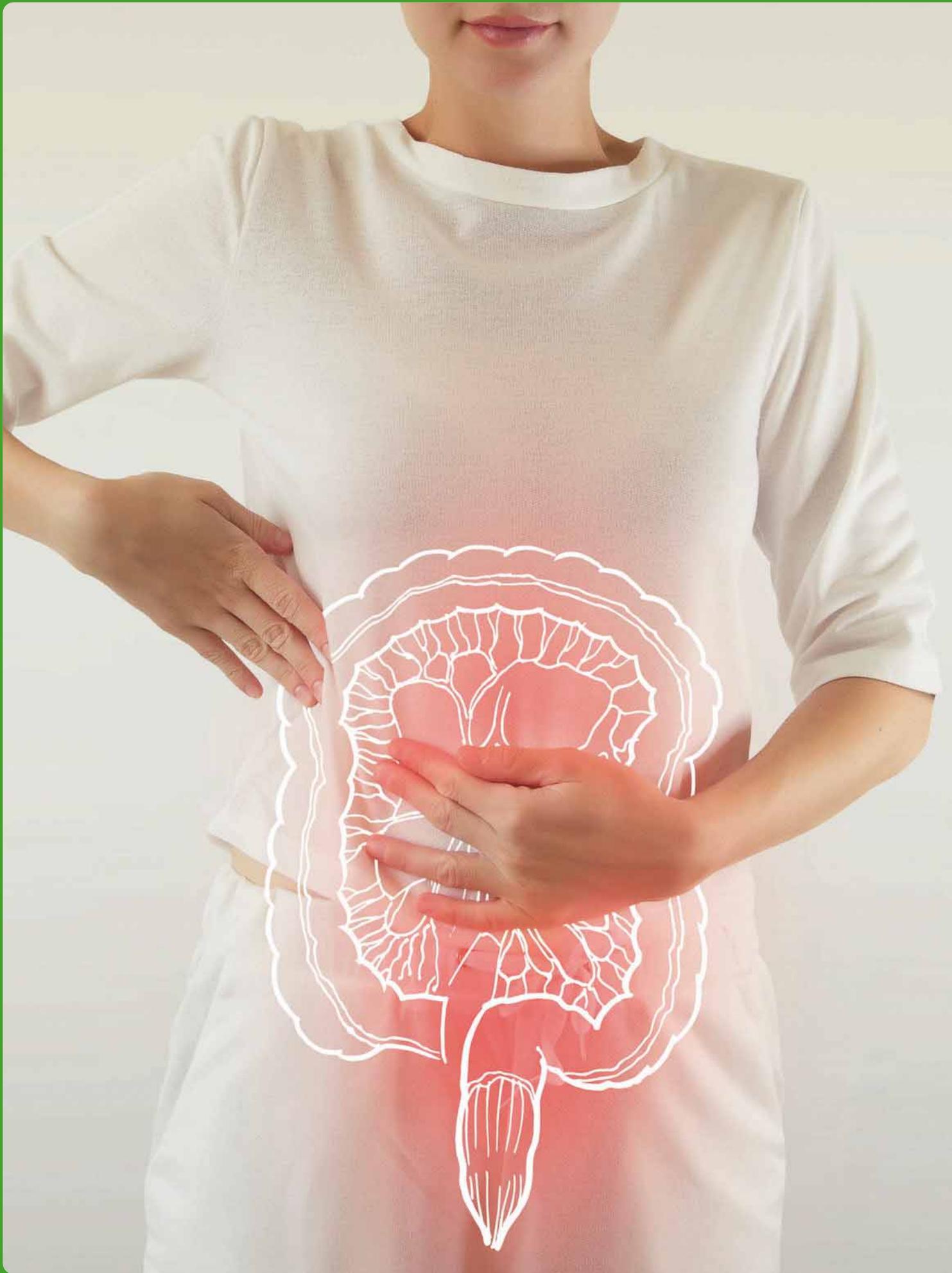


**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA





TERAPÉUTICA EN SII

Efectividad del tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624[®] en la mejoría sintomática del Síndrome del Intestino Irritable

Los pacientes con Síndrome del Intestino Irritable tratados con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624[®] durante 3 meses mostraron mejoría, tanto sintomática, como relativa a la calidad de vida.

Textos | Grupo Estudio Alflorex



TERAPÉUTICA EN SII

Efectividad del tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® en la mejoría sintomática del Síndrome del Intestino Irritable

Introducción

El Síndrome del Intestino Irritable (SII) es el trastorno funcional digestivo más frecuente, y sus síntomas recidivantes de dolor abdominal, distensión/hinchazón y alteraciones del ritmo deposicional presentan un impacto notable en la calidad de vida de los pacientes y generan un gasto sanitario considerable. Se ha estimado que un 3% de las consultas de Atención Primaria, y hasta un 25% de las consultas atendidas por especialistas en Aparato Digestivo, corresponden a pacientes con SII. No obstante, las estimaciones de prevalencia del SII varían en función de la gravedad, subtipo predominante (estreñimiento vs. diarrea) y criterios diagnósticos utilizados, con prevalencias inferiores cuando se aplican los criterios de Roma IV frente a los de Roma III.

La etiopatogenia de la enfermedad es desconocida, habiéndose implicado diferentes mecanismos fisiopatológicos relacionados con una hipersensibilidad visceral, disfunción motora, inflamación de la mucosa intestinal y alteraciones del eje barrera intestinal-microbiota. En este último aspecto, varios estudios han puesto de manifiesto la existencia de alteraciones en la microbiota intestinal y disregulación de la homeostasis intestinal, con una menor diversidad de especies y variaciones cuantitativas de la microbiota en pacientes con SII en comparación con la microbiota de sujetos sanos. Ello ha dado lugar a la indicación del uso de prebióticos, probióticos y simbióticos como una de las estrategias en el tratamiento de la enfermedad. Los resultados de diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado los efectos beneficiosos de intervenciones basadas en la suplementación con probióticos en la mejoría de los síntomas y gravedad de los mismos en comparación con el tratamiento con placebo. Las especies más estudiadas han sido los lactobacilos y las bifidobacterias.

Por otra parte, la valoración de la gravedad de los síntomas, junto con el síntoma predominante, es un criterio esencial en la toma de decisiones terapéuticas. La escala de gravedad del SII (*Irritable Bowel Syndrome Severity Score Scale*, IBS-SSS) es un instrumento desarrollado por Francis y cols. en 1997, en cuya puntuación se evalúa el dolor y la distensión abdominal, la satisfacción con el ritmo deposicional e impacto en la calidad de vida en el marco temporal de los 10 días anteriores. El IBS-SSS es de fácil aplicación, permite clasificar a los pacientes en función de la gravedad, así como monitorizar la respuesta al tratamiento, y ha sido utilizado en diversos ensayos clínicos de probióticos en pacientes con SII. La escala IBS-SSS ha sido adaptada y validada al español por Almansa y cols. en 2011.

Los síntomas del SII y su curso recidivante tienen un impacto notable en las actividades de la vida diaria de los pacientes. Cabe destacar que la calidad de vida mejora en función del alivio o la desaparición de los síntomas digestivos. La necesidad de disponer de un tratamiento efectivo que mejore la sintomatología se justifica, además, para disminuir el impacto económico en costes directos, especialmente el elevado número de visitas médicas y prescripciones, e indirectos asociados a la presencia de SII.

Se ha llevado a cabo un estudio para evaluar la efectividad de la administración de un probiótico a base de una cepa específica de *Bifidobacterium longum* en la mejoría sintomática del SII en función de la puntuación de la escala IBS-SSS.

Pacientes y métodos

Diseño y participantes

Se diseñó un estudio prospectivo observacional y multicéntrico cuyo objetivo prin-

cial era evaluar la efectividad de la administración del probiótico *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® durante 3 meses en la mejoría de la sintomatología de los pacientes con SII. El objetivo secundario era evaluar la mejoría en la calidad de vida. Se incluyeron en el estudio sujetos de ambos sexos, de 18 a 65 años, que cumplieran los criterios diagnósticos de SII de Roma IV y firmaron el consentimiento informado. Los pacientes podían presentar cualquier subtipo de SII para facilitar el reclutamiento. Los criterios de exclusión incluían la presencia de enfermedad inflamatoria intestinal; SII grave (más de 400 puntos de la escala IBS-SSS) o menos de 1 año de evolución desde el diagnóstico; cirugía abdominal previa; uso de probióticos en las 4 semanas anteriores al inicio del estudio; intolerancia a la lactosa; enfermedad concomitante significativa (cardiovascular, gastrointestinal, ginecológica, urológica); tratamiento inmunosupresor; ingesta de fármacos que pudieran inducir síntomas similares a los del SII; y mujeres embarazadas o en edad fértil que no usaran un método anticonceptivo fiable.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIM) Regional de la Comunidad de Madrid y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes.

Procedimientos del estudio

Los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión fueron tratados con el probiótico *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® (Alflorex®, Farmasierra Laboratorios, S.L., San Sebastián de los Reyes, Madrid), 1 cápsula al día (preferentemente 2 horas antes de la comida) durante 3 meses. No estaba permitida la ingesta de otros suplementos dietéticos o productos sanitarios para el tratamiento del SII, ni modificar el

uso habitual de suplementos de fibra (mantenidos en régimen estable como mínimo 1 mes antes del inicio del estudio) o productos con nicotina o cafeína. La decisión de mantener los suplementos de fibra en régimen estable se dejó a criterio del paciente.

El estudio constaba de cuatro visitas: visita 0 (basal, día 0), 1 (día 30), 2 (día 60) y 3 (día 90). Las visitas 0 y 1 fueron presenciales. En la visita basal se comprobaban los criterios de selección, se recogían datos demográficos y de la historia clínica, y se obtenía el consentimiento informado. En la visita 1, se proporcionaba el probiótico para los 3 meses de tratamiento y se cumplimentaba la escala IBS-SSS. En las visitas 2 y 3 (no presenciales), el paciente recibía una llamada telefónica de su médico para completar la escala IBS-SSS y recoger información sobre los posibles efectos adversos. En la visita 3, también se recogían datos del sobrante del producto para su control. Las escalas IBS-SSS siempre fueron cumplimentadas por el médico.

Escala IBS-SSS

Se utilizó la versión española del IBS-SSS, que incluye dos preguntas referidas al do-

lor abdominal, caracterizando su intensidad mediante una escala analógica visual (EVA) (0 = sin dolor, 100 = muy grave) y su frecuencia (número de días); intensidad de la distensión abdominal (EVA) (0 = sin distensión, 100 = muy grave); satisfacción con el ritmo deposicional (EVA) (0 = muy insatisfecho, 100 = muy satisfecho); e impacto del SII en las actividades de la vida diaria (EVA) (0 = nada, 100 = totalmente), referidas todas ellas a los últimos 10 días. El valor EVA o número de días para cada una de las preguntas se multiplica por 10, con una puntuación final mínima de 0 y máxima de 500. Los criterios de respuesta de acuerdo con la validación original incluían una puntuación total de <75 indicativa de remisión, de 75 a ≤175 enfermedad leve, de >175 a ≤300 enfermedad moderada y >300 enfermedad grave. Un cambio (disminución) de ≥50 puntos se consideraba una mejoría clínicamente significativa.

Análisis estadístico

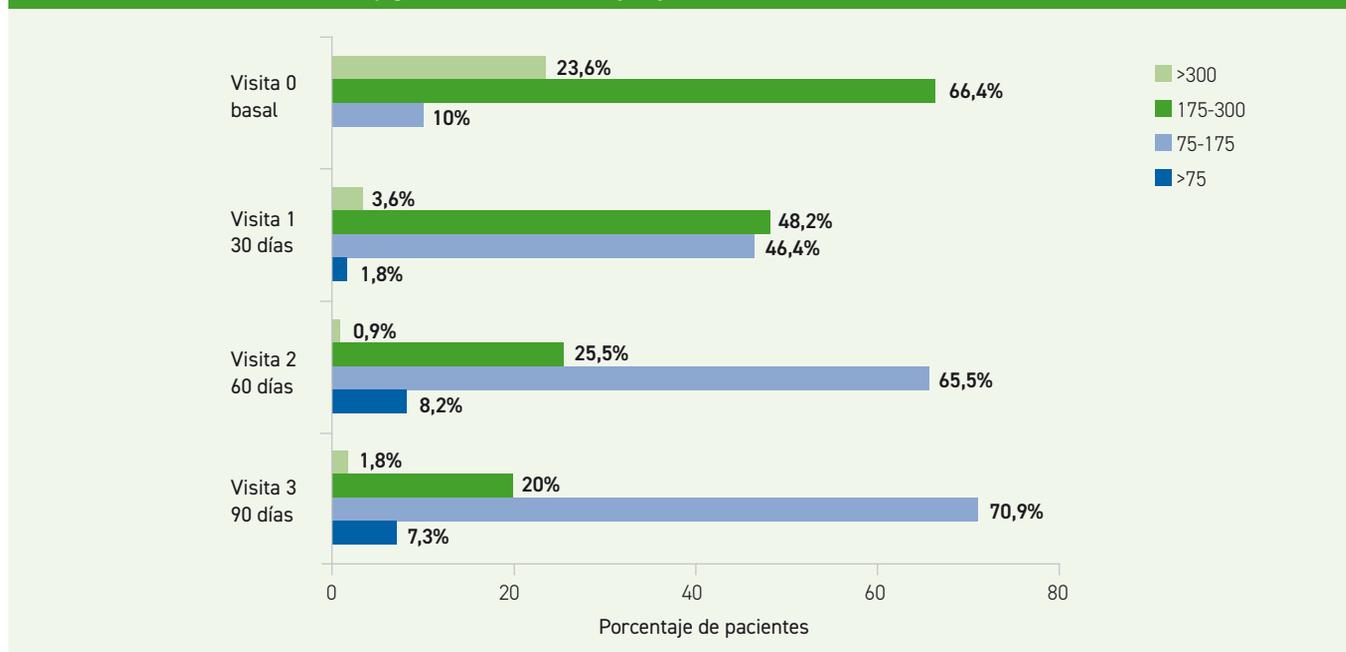
Se ha efectuado un análisis por protocolo para la comparación de los datos en cada visita y por intención de tratar para la puntuación final. En el análisis por intención de tratar, la pérdida de datos en

los ítems para el cálculo de la puntuación final se ha solventado mediante la imputación de la última observación realizada. Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas como media y desviación estándar (DE). Las variaciones en la puntuación de la escala IBS-SSS a lo largo del estudio en comparación con la puntuación inicial se han analizado mediante la prueba de Stuart-Maxwell para las variables categóricas, y el test de la t de Student para variables continuas. Se ha efectuado un análisis de la covarianza (ANCOVA) para estimar las diferencias en las puntuaciones del IBS-SSS entre la visita inicial y la final. El nivel de significación estadística fue de $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS versión 23.0 para el análisis de los datos.

Resultados

Entre septiembre de 2020 y febrero de 2021, se reclutaron 120 pacientes, pero 10 no cumplían los criterios de selección en la visita 0. La población de estudio estaba formada por 110 pacientes con SII, 37 varones y 73 mujeres, con una edad media de 42,9 (12,7) años (rango 18-65 años).

Figura 1. Porcentajes de pacientes en cada visita según la puntuación de la escala IBS-SSS categorizada en SII en remisión (<75), leve (75-175), moderada (175-300) y grave (>300) (análisis por protocolo)





TERAPÉUTICA EN SII

Efectividad del tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® en la mejoría sintomática del Síndrome del Intestino Irritable

Tabla 1. Variaciones en las puntuaciones de la escala IBS-SSS durante el estudio

| Escala IBS-SSS | Visita 0 (basal) | Visita 1 (30 días) | Visita 2 (60 días) | Visita 3 (90 días) | Valor de P |
|--|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------|
| Dolor abdominal | | | | | |
| Sí | 108 (98,2) | 83 (82,2) | 63 (64,3) | 47 (48,0) | <0,001 |
| No | 2 (1,8) | 18 (17,8) | 35 (35,7) | 51 (52,0) | |
| Perdidos | | 9 (8,2) | 12 (10,9) | 12 (10,9) | |
| Intensidad del dolor abdominal | | | | | |
| Sin dolor | 2 (1,8) | 18 (17,8) | 35 (36,1) | 51 (52,0) | <0,001* |
| No grave | 29 (26,4) | 47 (46,5) | 47 (48,5) | 41 (41,8) | |
| Algo grave | 44 (40,0) | 29 (28,7) | 13 (13,4) | 4 (4,1) | |
| Grave | 21 (19,1) | 6 (5,9) | 2 (2,1) | 2 (2,0) | |
| Muy grave | 14 (12,7) | 1 (1,0) | 0 | 0 | |
| Perdidos | | 9 (8,2) | 13 (11,8) | 12 (10,9) | |
| Días con dolor abdominal, media (DE) | 5,2 (2,6) | 2,7 (2,4) | 1,4 (1,3) | 1,0 (1,6) | <0,001** |
| Distensión abdominal | | | | | |
| Sí | 105 (95,5) | 90 (88,2) | 73 (74,5) | 53 (54,1) | <0,001* |
| No | 5 (4,5) | 12 (11,8) | 25 (25,5) | 45 (45,9) | |
| Perdidos | | 8 (7,3) | 12 (10,9) | 12 (10,9) | |
| Gravedad de la distensión abdominal | | | | | |
| Sin dolor | 5 (4,5) | 14 (13,9) | 26 (26,5) | 45 (45,9) | <0,001* |
| No grave | 19 (17,3) | 43 (42,6) | 55 (56,1) | 45 (45,9) | |
| Algo grave | 36 (32,7) | 34 (33,7) | 13 (13,3) | 7 (7,1) | |
| Grave | 37 (33,6) | 9 (8,9) | 4 (4,1) | 1 (1,0) | |
| Muy grave | 13 (11,8) | 1 (1,0) | 0 | 0 | |
| Perdidos | | 9 (8,2) | 12 (10,9) | 12 (10,9) | |
| Satisfacción con el hábito intestinal | | | | | |
| Muy insatisfecho | 27 (24,5) | 6 (5,9) | 3 (3,1) | 2 (2,0) | <0,001* |
| Insatisfecho | 75 (68,2) | 39 (38,6) | 21 (21,4) | 12 (12,2) | |
| Satisfecho | 6 (5,5) | 52 (51,5) | 63 (64,3) | 54 (55,1) | |
| Muy satisfecho | 2 (1,8) | 4 (4,0) | 11 (11,2) | 30 (30,6) | |
| Perdidos | | 9 (8,2) | 12 (10,9) | 12 (10,9) | |
| Interferencia del SII en la vida diaria | | | | | |
| Nada | 0 | 7 (6,9) | 19 (19,6) | 36 (37,1) | <0,001* |
| No mucho | 10 (9,1) | 51 (50,0) | 56 (57,7) | 52 (53,6) | |
| Bastante | 85 (77,3) | 42 (41,2) | 22 (22,7) | 9 (9,3) | |
| Totalmente | 15 (13,6) | 2 (2,0) | 0 | 0 | |
| Perdidos | | 8 (7,3) | 13 (11,8) | 13 (11,8) | |
| Puntuación total, media (DE) | 259,5 (71,2) | 190,0 (63,9) | 155,7 (53,1) | 140,8 (53,3) | <0,001*** |

Datos expresados en frecuencias (porcentajes entre paréntesis) a menos que se indique lo contrario; DE: desviación estándar; * de Stuart-Maxwell test de la t de Student, ***análisis de covarianza (ANCOVA). Análisis por protocolo para todas las variables excepto para la puntuación total en la que se ha utilizado el análisis por intención de tratar.

Figura 2. Porcentaje de pacientes con dolor abdominal a lo largo del tratamiento (análisis por protocolo)



Estos 110 pacientes formaban la población por intención de tratar, mientras que 98 (89,1%) completaron el estudio y se incluyen en el análisis de la población por protocolo.

La puntuación media de la escala IBS-SSS disminuyó significativamente de 259,5 (71,2) en la visita basal a 140,8 (53,3) al cabo de 3 meses de tratamiento ($p < 0,001$), lo que indicaba un cambio global en la categoría de enfermedad moderada a enfermedad leve. La diferencia entre las puntuaciones medias inicial y final fue de -118,7 (84,6) y un 75% de los pacientes mostraron una variación de 61,5 puntos o más. Los porcentajes de pacientes en las diferentes categorías de la escala IBS-SSS se muestran en la **figura 1**. Por otra parte, 87/110 (79,1%) pacientes presentaron una mejoría clínicamente significativa de al menos 50 puntos.

El tratamiento con el probiótico *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® durante 3 meses se asoció con una mejoría de todos los síntomas, aumento de la satisfacción con el hábito deposicional y menor interferencia del SII en las actividades de la vida diaria (**tabla 1**). Los cambios en cada una de las variables en cada visita fueron estadísticamente sig-

nificativos ($p < 0,001$). En la comparación entre la visita basal y la visita final, el porcentaje de pacientes con dolor abdominal disminuyó del 98,2% (108/110) al 48,0% (47/98) ($p < 0,001$) (**figura 2**) y el de distensión abdominal del 95,5% (105/110) al 54,1% (53/98) ($p < 0,001$). El número medio (DE) de días con dolor abdominal también disminuyó de 5,2 (2,6) a 1,0 (1,6) ($p < 0,001$). Tanto la intensidad del dolor abdominal como de la distensión disminuyeron significativamente a lo largo del estudio. El porcentaje de pacientes satisfechos o muy satisfechos con el hábito intestinal aumentó del 1,8% (2/110) al 30,6% (30/98) y del 5,5% (6/110) al 55,1% (54/98), respectivamente. La afectación de la calidad de vida por el SII también disminuyó significativamente y, al finalizar el estudio, un 37,1% (36/97) de los pacientes consideraba que la enfermedad no tenía ningún impacto.

Por otra parte, 12 pacientes (10,9%) no cumplieron la totalidad de las visitas. En el grupo de 98 pacientes que cumplieron con todas las visitas, 84 (85,7%) presentaron una disminución de ≥ 50 puntos de la escala IBS-SSS frente a 3 pacientes (25%) en el grupo que no cumplieron con todas las visitas ($p < 0,001$).

En ninguna de las variables analizadas se observaron diferencias significativas en función del sexo o la edad de los pacientes.

El uso del probiótico *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® durante 3 meses se asocia a una mejoría global de todos los síntomas del SII

Respecto al cumplimiento con la suplementación, en 18,4% (18/98) de los pacientes sobraron cápsulas al finalizar el estudio, con una media de 4,5 (3,9) cápsulas. La administración del probiótico fue muy bien tolerada y, en la visita 2 (30 días), solamente se registraron un caso de molestias abdominales relacionadas con la ingesta del producto, un caso de estreñimiento, un caso de agravamiento subjetivo de la clínica y un caso de diarrea, pero en ningún paciente ello supuso el abandono del tratamiento.



TERAPÉUTICA EN SII

Efectividad del tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® en la mejoría sintomática del Síndrome del Intestino Irritable



Discusión

Los probióticos se han posicionado como una alternativa terapéutica en pacientes con SII por los beneficios que aportan a la microbiota intestinal, mejorando la función de barrera mucosa, la promoción de la hipersensibilidad visceral, la regulación de la motilidad intestinal y las respuestas inmunes. Los resultados de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas indican que el tratamiento con probióticos es efectivo para el alivio de los síntomas generales del SII, como dolor y distensión abdominal, con mejora en la calidad de vida. No obstante, es difícil establecer comparaciones directas de estos estudios con los presentes resultados debido a la variedad y diferencias en las cepas de los diversos componentes incluidos en los productos probióticos. Al respecto hay que tener en cuenta que existe una gran variabilidad en las formulaciones de probióticos utilizadas y

en la duración del tratamiento, en general a corto plazo. Asimismo, los probióticos contarían con un perfil adecuado de seguridad para su uso en pacientes con SII.

Los presentes resultados apoyan la evidencia de la efectividad del tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® durante 3 meses en la mejoría del SII, tanto sintomática, como relativa a la calidad de vida. Cabe destacar una mejoría global de los síntomas de dolor y distensión/hinchazón abdominal, así como de la intensidad de los mismos. Dicha mejoría corresponde a una disminución significativa en la puntuación de la escala IBS-SSS y al cambio de categoría de SII moderada a SII leve. Otro aspecto a destacar es que el 75% de los pacientes han presentado una variación de >50 puntos en dicha escala (punto de corte de una mejoría clínicamente significativa). También se han observado diferencias estadísticamente significativas entre el 85,7% de los pacien-

tes que completan el tratamiento durante 12 semanas frente a los que no lo completan que mejoran solo un 25%. Asimismo, completar el tratamiento está fuertemente relacionado con una reducción significativa del número de días con dolor, dolor abdominal, distensión, satisfacción con el ritmo deposicional y mejoría de la calidad de vida.

Los resultados del estudio deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones, especialmente que se trataba de un estudio piloto, y de que hubiera sido interesante realizar un seguimiento más largo después de la suspensión del probiótico y comparar el grupo de tratamiento con un grupo control. Asimismo, la información proporcionada por este estudio puede servir como fundamento para diseñar un ensayo prospectivo aleatorizado y controlado con placebo. En este caso, al ser un estudio piloto, no se ha efectuado un cálculo del tamaño muestral.

En resumen, el tratamiento con *Bifidobacterium longum* subsp. *longum* 35624® durante 3 meses se asocia a una mejoría global de todos los síntomas del SII.

Conflicto de interés: Encarnación Arriaza Peso trabajaba en Farmasierra Laboratorios, S.L. durante la realización del estudio. Los restantes autores componentes del Grupo de Estudio ALFLOREX® declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos: A Farmasierra Laboratorios, S.L., por el apoyo logístico y la financiación del producto proporcionado a los pacientes, a Julene Argaluz Escudero, a Bioaraba Instituto de Investigación Sanitaria por el análisis estadístico y a la Dra. Marta Pulido por su ayuda en la redacción del manuscrito.

Acceda al listado de
Autores y Bibliografía
escaneando el código QR



Alflorex®

Bifidobacterium longum 35624®

Cepa probiótica con evidencia científica que
“Ayuda a reducir los síntomas del Síndrome del Intestino Irritable”



- Hinchazón
- Dolor Abdominal
- Flatulencia
- Diarrea
- Estreñimiento

Alflorex® es un complemento alimenticio probiótico que contiene la cepa única **35624®** de *Bifidobacterium longum*, aislada del tracto gastrointestinal de personas sanas. La cepa única **35624®** pertenece a la familia *Bifidobacteriae*, primeras bacterias beneficiosas transmitidas de la madre al bebé durante el parto natural. Esta cepa única fue descubierta por PrecisionBiotics® y estudiada en ensayos clínicos por científicos y gastroenterólogos de primera línea, de una de las instituciones más importantes del mundo en la investigación del microbioma. **INGREDIENTES:** Una cápsula de **Alflorex®** contiene 1 x 10⁹ (mil millones) de bacterias en el momento de la fabricación y mantiene una dosis apropiada hasta su caducidad. La cantidad de bacterias proporcionada en cada cápsula ha sido estudiada y definida en ensayos clínicos para conseguir una eficacia óptima en el organismo. Los demás ingredientes son: agente de carga (almidón de maíz), gelificante (hidroxipropilmetilcelulosa E464), antiaglomerante (estearato de magnesio). **Alflorex®** no contiene: • Gluten • Conservantes • Lactosa • Soja • Productos lácteos • Colorantes. **Alflorex®** es apto para vegetarianos y adecuado para personas que siguen una dieta baja en FOODMAP. **MODO DE EMPLEO:** Adultos: tomar 1 cápsula al día, con o sin alimento, en cualquier momento del día. Para niños mayores de 3 años, está disponible la presentación de **Children's Alflorex®** en sobres. Las cápsulas de **Alflorex®** se han formulado para ser tragadas enteras, con agua, leche o zumos no ácidos. Los zumos de frutas son generalmente ácidos y el ácido puede dañar, como a cualquier otro probiótico, la cepa **35624®**, por lo que podría ser menos efectiva. Por lo tanto, se recomienda tomar **Alflorex®** con agua, leche o bebidas no ácidas como la soja, la leche de almendra o la leche de arroz. Sin embargo, **Alflorex®** sí puede tomarse con alimentos que contengan zumo de frutas, ya que la comida ayudará a proteger la cepa de **Alflorex®**. Si hay dificultad para tragar pueden abrirse las cápsulas y mezclar su contenido con el alimento o la bebida fríos o templados que se vaya a consumir inmediatamente. No se recomienda vaciar el contenido en un alimento o bebida caliente. Algunas personas pueden experimentar cambios leves y temporales en el intestino durante las primeras semanas. Se recomienda no interrumpir la toma de **Alflorex®**. No superar la dosis diaria recomendada. Los complementos alimenticios no deben usarse como sustituto de una dieta variada y equilibrada, ni de un estilo de vida saludable. Mantener fuera del alcance de los niños más pequeños. **CONSERVACIÓN:** No necesita refrigeración. Conservar por debajo de 25 °C en lugar seco y fresco. Se recomienda almacenar **Alflorex®** en el envase original con el tapón bien cerrado. **¿SE PUEDE TOMAR ALFLOREX® CON OTROS COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS O CON MEDICAMENTOS?:** No se conocen interacciones con otros complementos alimenticios ni con medicamentos. Si padece alguna enfermedad grave, si tiene dudas o preguntas acerca de si **Alflorex®** es adecuado para usted, por favor, consulte con su médico. **¿PUEDE TOMARSE ALFLOREX® CON ANTIBIÓTICOS?:** Como ocurre con todas las bacterias probióticas, la cepa **35624®** contenida en **Alflorex®**, puede ser inactivada por los antibióticos. Recomendamos tomar la dosis del antibiótico en un momento del día diferente a la toma diaria de **Alflorex®**. **¿LLEGARÁ ALFLOREX® AL INTESTINO EN CONDICIONES ÓPTIMAS?:** Sí. Se ha demostrado en estudios clínicos y en publicaciones científicas que la cepa **35624®** de **Alflorex®** transita a través del tubo digestivo y llega al intestino con sus propiedades intactas. **¿CUÁNTO TIEMPO NECESITA ALFLOREX® PARA OBTENER LOS PRIMEROS BENEFICIOS?:** **Alflorex®** actúa de inmediato comenzando a preparar su intestino desde el primer momento. El alivio inicial de los síntomas se observa aproximadamente al cabo de 1-2 semanas de estar tomando **Alflorex®** de manera regular. En raras ocasiones puede tardar más, posiblemente hasta 2-3 meses de iniciar la toma de **Alflorex®**. Si sus síntomas persisten después de ese tiempo por favor consulte con su médico o farmacéutico. Puede ser útil anotar el progreso antes y desde que inicie la toma con **Alflorex®**. **¿CUÁNTO TIEMPO DEBE TOMARSE ALFLOREX® Y QUÉ PASA SI SE DEJA DE TOMAR?:** No hay ningún problema en mantener la toma de **Alflorex®** a lo largo del tiempo. **Alflorex®** permanece en el intestino mientras se esté tomando. Actúa en el intestino y después es expulsado de manera natural por los movimientos intestinales. Con la toma de 1 cápsula de **Alflorex®** al día puede estar seguro de que el efecto beneficioso de **Alflorex®** en el intestino se mantiene en el tiempo. Es importante que la toma de **Alflorex®** se mantenga a lo largo del tiempo para mantener el efecto beneficioso conseguido y no es necesario hacer descanso entre envase y envase. Si lo hace, tenga en cuenta que esta bacteria probiótica no tiene capacidad de colonizar el intestino de las personas con SII y al cabo de 10 días aproximadamente desaparecerá de su intestino al irse eliminando de manera natural con las heces. **EMBARAZO Y LACTANCIA:** No existe ninguna evidencia en contra de la toma de las cápsulas de **Alflorex®** durante el embarazo o la lactancia. Para más información o si tiene alguna duda sobre **Alflorex®** Tfno: + 34 916 570 659/ 682 075 258. Website: www.farmasierra.com www.alflorex.es. Las cápsulas de **Alflorex®** se fabrican conforme a las Buenas Prácticas de Fabricación (GMP) para complementos alimenticios. Complemento alimenticio con ingredientes de calidad farmacéutica. **Distribuido en España por:** Farmasierra Laboratorios, S.L., Carretera de Irún, km 26,200, 28709 San Sebastián de los Reyes, Madrid.

FARMASIERRA
 LABORATORIOS
 Innovando para la Salud

Ctra. de Irún, km 26,200
 28709, San Sebastián de los Reyes (Madrid)
 Tel.: +34 916 570 659
www.farmasierra.com

Para más información:
www.alflorex.es

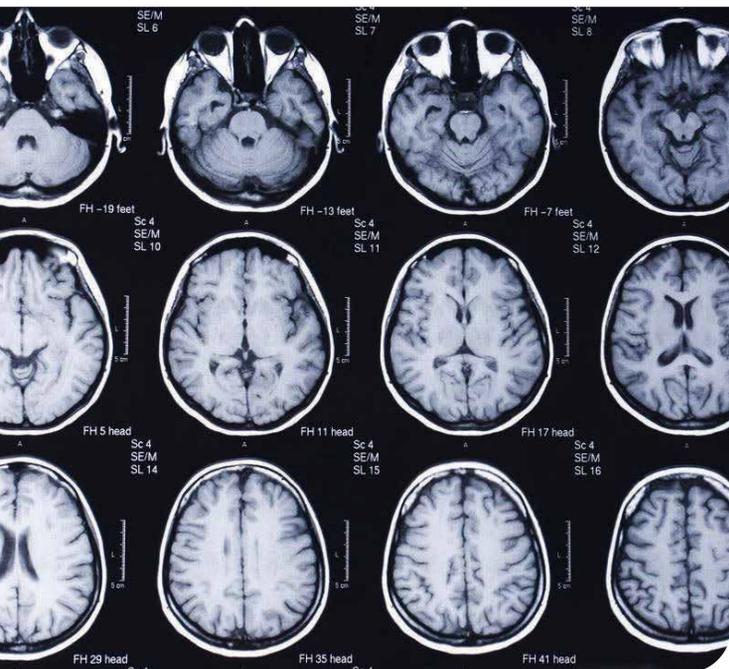


inst

La
antánea
médica



Inteligencia artificial para calcular el riesgo de Alzheimer



Desarrollan un análisis con IA que estima el riesgo de Alzheimer en función de la edad del cerebro.

Investigadores de la Universidad de California del Sur (Estados Unidos) han desarrollado un nuevo modelo de inteligencia artificial (IA) que analiza imágenes de resonancia magnética (IRM) cerebrales y podría usarse para determinar con precisión el deterioro cognitivo relacionado con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer mucho antes que los métodos anteriores. El cerebro humano contiene muchas pistas sobre la salud a largo plazo de una persona; de hecho, las investigaciones muestran que la edad del cerebro de una persona es un predictor más útil y preciso de los riesgos para la salud y futuras enfermedades que su fecha de nacimiento. El envejecimiento cerebral se considera un biomarcador confiable para el riesgo de enfermedades neurodegenerativas. Dicho riesgo aumenta cuando el cerebro de una persona exhibe características que parecen "más viejas" de lo esperado para alguien de la edad de esa persona. Al aprovechar la capacidad de aprendizaje profundo del novedoso modelo de IA del equipo para analizar los escaneos, los investigadores pueden detectar marcadores anatómicos cerebrales sutiles que de otro modo serían muy difíciles de detectar y que se correlacionan con el deterioro cognitivo. Sus hallazgos, publicados en la revista científica 'Proceedings of the National Academy of Sciences', ofrecen una visión sin precedentes de la cognición humana ■

Antibióticos y enfermedad inflamatoria intestinal

El uso frecuente de antibióticos puede aumentar el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal -enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa- entre los mayores de 40 años, según sugiere una investigación publicada en línea en la revista 'Gut'. Además, el riesgo parece ser acumulativo y mayor entre uno y dos años después de su uso, así como en el caso de los antibióticos dirigidos contra las infecciones intestinales. Cada vez hay más pruebas de que los factores ambientales están probablemente implicados en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El momento de la prescripción también parece influir, ya que el mayor riesgo de EII se produce 1-2 años después de la exposición a los antibióticos, y cada año posterior se asocia a una disminución del riesgo. En cuanto al tipo de antibiótico, el mayor riesgo de EII se asoció a los nitroimidazoles y las fluoroquinolonas, que suelen utilizarse para tratar infecciones intestinales. La nitrofurantoina fue el único tipo de antibiótico que no se asoció con el riesgo de EII a ninguna edad. Las penicilinas de espectro estrecho también se asociaron a la EII, aunque en mucha menor medida. Esto refuerza la idea de que los cambios en el microbioma intestinal pueden desempeñar un papel clave y que muchos antibióticos pueden alterar la composición de los microbios del intestino ■





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 hemorragias. **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 hemorragias. **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 otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ 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.notificam.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinitilla A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. **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:** Alfaisigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490-08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVP IVA:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Noviembre 2021.

Bibliografía: 1. Bignamini AA, Matuška J. *Adv Ther.* 2020;Mar;37(3):1013-1033. 2. Carroll BJ et al. *J Thromb Haemost.* 2019;Jan;17(1):31-38. 3. Ligi D, et al. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2020;Mar;75(3):208-210. 4. Castro-Ferreira R et al. *Ann Vasc Surg.* 2018. Jan;46:380-393.

ALFASIGMA
es.alfasigma.com

Imagen en segunda de cubierta



NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** **Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Ancianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifaximina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se usa rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifaximina, rifaximina puede causar una coloración rojiza de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por comprimido; esto es esencialmente "exento de sodio". **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifaximina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiépilepticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la C_{max} y el AUC_{0-∞} de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes ($> 1/10$); Frecuentes ($> 1/100$ a $< 1/10$); Poco frecuentes (de $> 1/1.000$ a $< 1/100$); Raras ($> 1/10.000$ a $< 1/1.000$); Muy raras ($< 1/10.000$); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hiposteasia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Asotitis, dispepsia, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematoquecia, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullido y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritemas, prurito, purpura, urticarias. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquiuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfaisigma, S.p.A., Via Ragazzi del 99, n. 5 - 40133 Bologna, Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

Imagen en página 25



EL MÉDICO INTERACTIVO presenta su lanzamiento de contenidos en formato pódcast (<https://elmedicointeractivo.com/podcast/>) para seguir brindando información de actualidad sanitaria para profesionales de la Medicina. Con esta iniciativa, el medio decano de la información sanitaria en Internet abarca mayor presencia audiovisual y se adapta nuevamente a las necesidades de sus lectores y a las tendencias de consumo informativo.

Los dos primeros programas, en formato magazine, ya están disponibles tanto en la sección de podcast de la web de EL MÉDICO INTERACTIVO como en las principales plataformas de reproducción (Spotify, Ivoxx y Spreaker, entre otros).

Bajo el nombre EL MÉDICO INTERACTIVO Canal Pódcast y con una periodicidad mensual, los programas son conducidos por Leonor Rodríguez, directora de la revista EL MÉDICO, directora de la revista AULA DE LA FARMACIA y directora de ELMEDICOINTERACTIVO.COM; y Blanca Erce, del

equipo de redacción la revista EL MÉDICO, AULA DE LA FARMACIA y ELMEDICOINTERACTIVO.COM.

Leonor Rodríguez ha manifestado estar “encantada de que EL MÉDICO INTERACTIVO siga creciendo y también podamos ofrecer contenidos en formato podcast a partir de ahora. Se trata de una gran apuesta del Área de Comunicación del Grupo SANED y confiamos en que sea un formato en constante evolución”.

Además, los episodios contarán con las voces de más miembros del equipo de redacción, así como de profesionales de la Medicina y otras disciplinas dentro del ámbito sanitario, quienes participarán en calidad de invitados.

Programa mensual

Cada magazine de EL MÉDICO INTERACTIVO Canal Pódcast contará con una recopilación de las noticias más destacadas del

mes, se abordará una temática o patología mensual en detalle y en la sección de “La mirada experta” profesionales médicos acercarán alguna novedad de su campo.

Concretamente, en los dos primeros programas, que ya están disponibles, han colaborado el doctor Raúl Méndez Ocaña, neumólogo del Hospital de Valencia, quien abordó los avances en los biomarcadores en Neumonía; y el doctor Alberto Borobia, coordinador de la unidad central de ensayos clínicos del Hospital Universitario La Paz (Madrid) y miembro del Grupo de Comunicación de la Sociedad Española de Farmacología Clínica, para hablar del papel de la Farmacología Clínica.

Otros contenidos en audio

Además del programa, la sección de pódcast cuenta con más contenidos en audio como noticias breves a modo de píldoras informativas y entrevistas con expertos sobre distintos temas de actualidad sanitaria ■

Formación • Comunicación • Investigación



saned. **40**
GRUPO años *contigo*

tu
éxito
es
nuestro
éxito

NACE

PORTALenfermería

DE ACTUALIDAD INFORMATIVA
Y **FORMACIÓN** CONTINUADA



www.portalenfermeria.com

Search

formación
NOTICIAS
ACTUALIDAD
enfermería



Contacte con nosotros en: gruposaned@gruposaned.com