

# El Médico

SANIDAD Y SOCIEDAD

| Nº 1237. Junio-Julio 2023

## ESPECIAL VERANO

### Así se transforma la asistencia sanitaria en la época estival

#### OTROS TEMAS

**Innovación:** ¿Qué supondrá en el SNS el esperado *Data Lake* Sanitario?

**Coloquios:** Problemas compartidos de la farmacia urbana y rural

**NUEVO HUB EMI**  
y otras novedades

Regístrate o loguéate en El Médico Interactivo  
Y GANA UN Ipad PRO

Hasta el 25 de julio ¡cancélate antes de venir!



# Ekzem

Fluocinolona acetónido 250 µg/ml

El primer y único corticoide  
en gotas indicado  
específicamente para el  
**Eczema del Conducto  
Auditivo Externo (ECAE)**



EL  
CORTICOIDE  
DISEÑADO  
EN EXCLUSIVA  
PARA EL  
**OÍDO**



- ✓ 1 ampolla en el oído afectado
- ✓ 2 veces al día
- ✓ Durante 7 días

C.N. 707333.8

30 ampollas, repartidas  
en 2 sobres de aluminio

[eczemaotico.com](http://eczemaotico.com)

**Salvat**

Ver ficha técnica en página 82



# SPIRAXIN

Rifaximina- $\alpha$



**TRIPLE ACCIÓN**  
para una eficacia  
intestinal asegurada<sup>1-3</sup>



Ver ficha técnica en página 81

**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.





## SUMARIO

### ESPECIAL VERANO

El aumento de la presión asistencial en las zonas de veraneo y las vacaciones de los profesionales sanitarios hacen que en los meses de verano haya que reorganizar, entre otros, los servicios de Urgencias y AP para poder garantizar, lo mejor posible, la asistencia.

**NUEVO HUB EMI**  
y otras novedades

Regístrate o loguéate en El Médico Interactivo  
Y GANA UN Ipad PRO

Hasta el 25 de julio (último día de inscripción)



[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)



### REPORTAJES Y ENTREVISTAS

#### 6 Las Urgencias no se van de vacaciones



**12** La AP se tensa durante los meses de verano



**20** Julia Quevedo  
Vocal de Comunicación de SEDAP por Madrid



**16** Francisco Marí  
Director gerente del Hospital Son Llàtzer y miembro de la

Junta Directiva de SEDISA



**26** Juan Torres  
Presidente de SEAPEC

# SUMARIO



## 32 REPORTAJE INNOVACIÓN

¿Qué supondrá en el SNS el esperado Data Lake Sanitario?

## 38 FORO DE EXPERT@S INNOVACIÓN



**Steven Levine.**  
Senior director.  
Virtual Human  
Modeling, Dassault  
Systèmes



**Ricardo Mazón  
Canales.**  
Responsable del  
Área de Diagnóstico  
para Dedalus Iberia

La Revista EL MÉDICO desea a todos sus lectores un feliz verano.

Permanezca informado de toda la actualidad sanitaria a través de [www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)



## OTROS TEMAS



## 44 COLOQUIOS

Las farmacias urbanas y rurales



## 80 PUBLICACIONES

### EL MÉDICO INTERACTIVO:

#### Nuevos contenidos exclusivos.

En su afán por mejorar el contenido que ofrece a sus lectores, EL MÉDICO INTERACTIVO lanza grandes novedades para potenciar su área de formación. Todos sus seguidores podrán acceder a un nuevo **HUB formativo** que alberga numerosos cursos y otros contenidos de interés para mejorar la práctica clínica

**APDAY 2023 52**

**Proyecto MARSENSE 58**

**Historia de la Medicina 64**

**Fue Noticia 68**

**Instantánea Médica 74**

## El Médico

EDITA:

**saned.**  
GRUPO

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

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

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

*Directora:*

Leonor Rodríguez

*Subdirector médico:*

Federico Pérez

*Redacción:* Ester Crespo, Blanca Erce, Beatriz Vadillo y Sara de Federico.

*Diseño:* La Boutique

*Maquetación:* Pedro Pérez

*Programación en Internet:* Pedro Manzano

*Correo electrónico:* [elmedico@gruposaned.com](mailto: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.

*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](mailto: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](mailto: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 Sección de Ciencias de la Salud. Asociación **APP** 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](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

# **SOMOS** **información**



**El Médico**  
Interactivo

Información sanitaria diaria  
desde 1999

[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)



A rear view of a white ambulance with red and white diagonal stripes on the sides. The word "AMBULANCE" is printed in large blue letters across the back. The ambulance has emergency lights on top, some of which are flashing. The scene is dimly lit, with a bright orange and yellow light source on the right side, creating a dramatic, high-contrast atmosphere. The ambulance is parked on a dark surface.

**AMBULANCE**



# Las Urgencias no se van de vacaciones

El aumento de la presión asistencial en las zonas de veraneo y las vacaciones de los profesionales sanitarios hacen que en los meses de verano haya que reorganizar los servicios de Urgencias para poder garantizar, lo mejor posible, la asistencia.

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



**D**urante los meses de verano se ve aumentada la demanda de asistencia por patología de menor gravedad, sobre todo en aquellos lugares donde hay una mayor afluencia de turistas y población flotante. Según los datos proporcionados por Maite Maza, coordinadora de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro en Vigo y responsable de la secretaría de grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en algunos casos supone un aumento de más del 30 por ciento respecto a promedio de asistencias.

### La afluencia de turistas y población flotante, en algunos casos, supone un aumento de más del 30 por ciento respecto al promedio de asistencias

En líneas generales, en los últimos años se ha visto un mayor número de asistencias de modo global en estos meses, es decir, “aunque las consultas por patología menos grave aumentan, no disminuyen en la misma medida las de mayor gravedad”, apunta la especialista, quien añade que en los hospitales de mayor tamaño, en los que existen circuitos diferenciados según las patologías y el nivel de triaje hay que redistribuir los efectivos en función de las cargas de trabajo. Esto es complejo porque puede suponer que de modo ideal se deba incrementar el personal en Urgencias, algo que es muy dificultoso de gestionar por la falta de profesionales.

En los meses de verano, parte del personal está disfrutando de sus vacaciones, lo que hace que la cobertura de las presencias diarias sea más complicada, implicando casi siempre un aumento de las horas de trabajo de la plantilla. Esta no siempre se puede garantizar en todos los centros, lo que significa que pueda haber ausencias no sustituidas y menor personal del habitual.

#### Paso de pacientes desde Primaria

La especialista también detalla otros factores que tienen un impacto importante

en el funcionamiento de los servicios de Urgencias, como el cierre de parte de las camas de hospitalización debido a la falta de cobertura por vacaciones, lo que limita un adecuado drenaje al tardar más tiempo en trasladarse a hospitalización los pacientes que son ingresados. Esto supone una saturación del espacio y una mayor carga de trabajo. También, por la no cobertura de vacaciones en Atención Primaria, mucha gente opta por consultar directamente en Urgencias, por no estar disponible su médico de referencia o por demoras en las citas.

Otro de los cambios es que la distribución de la demanda no es regular, produciéndose picos asistenciales en determinados momentos del día que hace que aumenten las esperas para la primera atención médica, con el riesgo para la seguridad del paciente que entraña, sobre todo en los casos de patología grave o tiempo-dependiente. Esto es más manifiesto en verano que en invierno.

En este sentido, Carlos Bibiano, vicepresidente de SEMES Madrid, destaca que profesionalidad de todos los Servicios de Urgencia ha quedado demostrada desde hace tiempo y la capacidad de adaptación es indudable. Añade que la mayor presión asistencial en ciertas zonas durante los meses de verano puede llevar a un aumento en la demanda de los servicios de Urgencias sobre todo en aquellas zonas donde en verano aumenta más la población. Esto se debe principalmente al incremento de la población, tanto residente como visitante, en áreas más turísticas. Además, las condiciones climáticas, como las altas temperaturas, pueden contribuir al aumento de consultas relacionadas con problemas de salud con especial importancia en los pacientes más frágiles, como pueden ser los ancianos.

#### Puntos de Atención Continuada

Maite Maza indica que han observado que en el caso de personas que acuden a Urgencias hospitalarias por patología menos grave, muchos lo hacen por desconocimiento de la existencia de otras alternativas o porque no saben dónde están ubicados los puntos de atención continuada que, por otro lado, también son receptores de gran cantidad de pacientes, aumentando también las consultas urgentes en ese nivel asistencial. Además, aumentan las consultas por lesiones y accidentes, por la realización de más actividades deportivas y al aire libre.

Otro grupo de población que se atiende en Urgencias en la época estival son los crónicos. Tal y como detalla Carlos Bibiano, los servicios de Urgencias suelen atender a un número significativo de pacientes crónicos durante todo el año, incluyendo los meses de verano. Las personas con enfermedades crónicas pueden experimentar exacerbaciones o complicaciones de su condición, que requieren atención médica urgente. Además, algunos pacientes crónicos pueden tener dificultades para acceder a su médico habitual cuando se encuentran lejos de su lugar de residencia.

#### Niveles de prioridad

Y es que muchas veces se asocia que los niveles de prioridad bajos (verdes según sistema de triaje de Manchester) pueden ser atendidos de manera general en los centros de salud. Pero eso no es necesariamente así. De hecho, en opinión de Maite Maza, muchos son derivados de los propios servicios de AP para ser atendidos en el hospital. “Nosotros no tenemos cuantificado el porcentaje de pacientes que deberían de ser vistos preferentemente en AP, pero sí es cierto que hay pacientes que acuden al hospital descartando consultar antes en otro nivel asistencial, muchas veces con la expectativa de que la atención va a ser distinta, cuando en realidad se va a resolver de la misma manera”.



Así, La cuestión más relevante es que, al ocupar recursos en estas atenciones, se limitan los disponibles para la patología de mayor gravedad, asumiendo mayores riesgos, aumentando la posibilidad de errores y sobrecargando a los profesionales.

También hay que tener en cuenta el tiempo de espera en los meses de verano. En Urgencias se determina la prioridad con la que ha de ser atendida una consulta urgente, marcando un tiempo máximo de espera recomendado a través del triaje. En determinados momentos y días de la semana se producen picos de demanda que alargan las esperas para esta primera atención y hay que tener en cuenta que continúan entrando pacientes a los que hay que atender, por lo que se demora la resolución de los que esperan resultados. En verano es muy característico un aumento de las consultas por patología menos grave o no grave a última hora del día.

### Gestión del personal

En general, los servicios de Urgencias se preparan para el aumento de pacientes en verano implementando diversas medidas. Carlos Bibiano señala que pueden incluir la gestión del personal, tanto médico como de enfermería, para hacer frente a la mayor demanda; mejorar la coordinación con otros servicios de salud y especialidades; reforzar los protocolos de triaje y agilizar los procesos internos para reducir los tiempos de espera.

Por eso, es importante revisar y ajustar los circuitos asistenciales. En el caso de personas de fuera de área, si precisan ser derivadas para seguimiento por otro especialista, por ejemplo, por haber sufrido una fractura, tienen que gestionar el proceso al llegar a su ciudad de origen. En algunas zonas de costa, se regula qué dispositivos extrahospitalarios corresponden a los pa-

## Los servicios de Urgencias deben reforzar los protocolos de triaje y agilizar los procesos internos para reducir los tiempos de espera



cientes por residencia, con el fin de evitar saturar los puntos de atención continuada de los lugares más turísticos.

### Turismo de interior

Maite Maza destaca que tanto las zonas de costa como las grandes ciudades turísticas se ven sobrecargadas por el aumento de la población y por tanto de la demanda. En las zonas rurales y más distantes de los grandes centros urbanos lo que ocurre es que no siempre se cubren las plazas por las vacaciones. Estas zonas, además, ya sufren con especial dureza la falta de profesionales que afecta a todo el sistema, por lo que la sobrecarga viene marcada sobre todo por la falta de efectivos.

En el verano también hay que tener en cuenta el turismo de interior, ya que muchas personas se desplazan a pequeñas lo-

calidades, lo que también repercute sobre las demandas sanitarias de esas zonas.

Para la especialista, uno de los factores que más impacta sobre el personal es el desgaste crónico que sufre, con una alta tasa de *burnout* y abandono, y con repercusiones sobre la salud de los profesionales. Tener que incrementar las horas de trabajo y la intensidad para poder disfrutar de unas vacaciones que cada vez parecen más cortas y menos reponedoras, repercute de manera muy negativa sobre el personal.

### Planificación

Es importante diseñar una adecuada planificación y previsión de las necesidades. Desde SEMES plantean dos medidas, tal y como comenta Tato Vázquez, presidente de dicha sociedad. “Una en gestión, ya que en ocasiones los servicios de emergencia abren hasta bases medicalizadas en áreas turísticas, y otra en los propios hospitales, donde los servicios de Urgencias requieren refuerzos puntuales en fechas muy concretas”.



Más en concreto, Maite Maza comenta que en los servicios se elabora una cartelera de verano, que garantice la cobertura de los puestos y que permita cubrir las incidencias que puedan ocurrir. “Con ello buscamos que el trabajo se gestione de la mejor manera posible, buscando que no se sobrecargue de horas a los profesionales. Se revisan los circuitos y se ajusta el personal en función de las cargas de trabajo. Se realiza contratación de personal, sobre todo de residentes que finalizan su periodo formativo y se intentan reforzar aquellos días más conflictivos, como son las fiestas locales, festivales u otras actividades que impliquen alta afluencia de gente a la zona”.

Para Tato Vázquez, los coordinadores de urgencias o los jefes de servicio tienen que organizar su plantilla para dar atención a esta demanda. “Si existen profesionales disponibles para ser contratados, pues se contratan, pero esto no es tan fácil ni tan sencillo. En ocasiones, son profesionales que proceden de otras especialidades porque no hay una especialidad de Urgencias, con lo cual su destreza no es la óptima en la atención a los pacientes de Urgencias”.

### Más recursos

Con más recursos se mejoraría la situación, pero como indica Maite Maza no es fácil disponer de ellos. “Hay que recordar también que la llegada de personal con menos experiencia debería acompañarse de la presencia de veteranos que puedan apoyarlos. Además, el que no se disponga de médicos especialistas en Urgencias hace que los gestores de los servicios no puedan prever con qué personal pueden contar, dificultando más si cabe la cobertura de puestos y condicionando que la asistencia se dé con la calidad esperable”.

Este mismo problema lo comparte Enfermería, que aún tiene un índice mayor de rotación del personal. En una unidad como Urgencias, con la presión asistencial, la necesidad de respuesta rápida ante problemas graves y la complejidad de los cir-

## LOS QUE SE QUEDAN

Los servicios de Urgencias de los grandes hospitales de las ciudades también se tienen que reorganizar en los meses de verano. Mercedes Carrasco González, subdirectora Médica del Área Médica del Hospital Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, señala que en la organización de la época estival se tienen que facilitar las vacaciones entre los profesionales sanitarios de forma escalonada durante los tres meses del verano y realizando sustituciones en lo posible mediante contratos de guardia/suplencias para evitar vacíos en la atención sanitaria. No obstante, “el hospital considera este servicio prioritario y para reforzar sus recursos se ha incrementado la oferta asistencial de Hospitalización a Domicilio y se ha habilitado una Unidad de Observación Prolongada que prestará servicio durante todo el periodo estival”.

Hace algunos años existía ese vaciamiento de las grandes ciudades a las zonas del litoral marítimo y playas. En los últimos años se ha ido reduciendo este fenómeno, ya que los desplazamientos suelen ser de menor duración, aunque en la primera quincena de agosto en el Hospital Gregorio Marañón sí que se ha observado más claramente que se mantiene una situación de bajada de demanda.

De hecho, en los últimos años y especialmente tras los años iniciales de la pandemia se ha producido un cambio en la forma de disfrutar de las vacaciones por parte de los ciudadanos, optando muchos de ellos por repartir sus días libres en varios periodos y en distintos meses. Eso se traduce en que se mantenga la demanda asistencial y se registren variaciones poco significativas durante el periodo vacacional. Así, durante el año 2022 en el mes de julio en el área médica /quirúrgica de adultos el promedio diario fue superior a 600 pacientes.

Tal y como detalla Mercedes Carrasco, las patologías más frecuentes siguen siendo las descompensaciones de insuficiencias cardíacas, reagudizaciones de infecciones respiratorias, infecciones urinarias y las altas temperaturas descompensan a los pacientes crónicos complejos y frágiles que necesitan atención presencial en los hospitales por deshidrataciones y alteraciones hidroelectrolíticas.

Hay que tener en cuenta que el aumento de la demanda del Servicio de Urgencias ha crecido de manera similar durante todo el año tanto en las áreas de adultos como en las pediátricas. Por eso, desde el Hospital Gregorio Marañón, y en especial a través de la subdirección de Continuidad Asistencial, se mantiene un trabajo continuo para prestar atención sanitaria de calidad, con un impulso notorio a los protocolos de actuación conjunta y de derivación de pacientes.

cuitos, es primordial que haya una formación específica también para Enfermería.

La responsable de la secretaría de grupos de trabajo de SEMES explica que han trasladado a las distintas administraciones la situación que se vive en Urgencias en los meses de verano, tanto a nivel autonómico como a las distintas gerencias y direcciones de los centros, a los que se han pre-

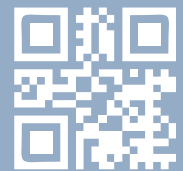
sentado las necesidades tanto de personal como de estructura, de manera específica para el verano y para el futuro inmediato.

En su caso, se ha facilitado la contratación de nuevo personal que cubrirá tanto los permisos de vacaciones como bajas y otras incidencias, se ha acordado el refuerzo de determinadas fechas y se han realizado mejoras estructurales en el servicio ■

# 100 <sup>Linitul</sup> AÑOS DEJANDO HUELLA

**CON LINITUL  
HAZ QUE  
LOS RECUERDOS  
DEJEN HUELLA  
EN SU MENTE  
Y NO EN SU PIEL**

Porque **vivir la vida con pasión** es experimentar, probar, atreverse. Con Linitul haces que solo sea el recuerdo de una experiencia.



Escanea el código QR  
**y cuéntanos tu experiencia**

Apósito para la **cicatrización de heridas**





# La AP se tensiona durante los meses de verano

La presión asistencial aumenta considerablemente en los meses de verano. Las tres sociedades de Atención Primaria, SEMERGEN, semFYC y SEMG, analizan para EL MÉDICO esta situación, en la que hay que combinar la mayor demanda asistencial con el descanso de los profesionales sanitarios.

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | EL MÉDICO



### José Polo García

Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

#### ¿Cómo afecta la época estival/vacacional a la asistencia sanitaria en general a nivel organizativo?

Durante los meses de verano la asistencia se ve afectada por los movimientos poblacionales y por el descanso de los profesionales. Muchas veces no podemos disfrutar del mes completo, de los 30 días, sino que hay que coger las vacaciones por quincenas. A eso hay que añadir que se genera un aumento de la demanda, que en zonas de veraneo la población se multiplica por dos, con la presión asistencial que eso supone.

#### ¿En qué zonas hay más presión asistencial en los meses de verano?

Por ejemplo, en Extremadura viene mucha gente que emigró en los años 60, 70 y 80. En muchos pueblos se multiplica la población, al igual que ocurre en poblaciones costeras. También hay que tener en cuenta el aumento del turismo rural, con lo que supone a la hora de atender a más personas en municipios en los que ya de por sí hay presión asistencial.

#### ¿Cómo se gestiona la presión asistencial en las zonas con más veraneantes?

Con un sobreesfuerzo personal de todos los compañeros, no hay otra solución. No hay refuerzo, no hay sustituciones. Cada vez hay menos profesionales de Atención Primaria por los problemas que ya conocemos todos. Una posibilidad para mejorar la situación en la época estival es que los profesionales que estén en paro puedan sustituir durante los meses de verano

a los que están de vacaciones, pero no está contemplado.

#### ¿Cuáles son las patologías más comunes?

El año pasado tuvimos un aumento de la patología por el calor, debido a las altas temperaturas. Parece ser que este año llevamos el mismo camino. En la época estival son más frecuentes los procesos gastrointestinales y las famosas diarreas del viajero. A esto hay que añadir las patologías asociadas a las quemaduras solares.

En las olas de calor hay que prestar especial atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos pues demandan más asistencia por alguna descompensación.

### Susana Aldecoa

Vicepresidenta primera de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

#### ¿Cómo afecta la época estival/vacacional a la asistencia sanitaria en general a nivel organizativo?

Durante el verano la asistencia sanitaria se tensiona sobremanera. Las vacaciones de los profesionales por un lado y los movimientos poblacionales por vacaciones y por la llegada de turistas por otro obligan a cambios organizativos importantes en el sistema sanitario. Las vacaciones de los profesionales sanitarios no se sustituyen lo que provoca una importante sobrecarga de las agendas en Atención Primaria, la ralentización de las consultas de especialistas hospitalarios y de la actividad quirúrgica. Centrándonos en Atención Primaria, se produce la indeseable necesidad de cerrar consultorios, de concentrar la atención en los profesionales disponibles, se posponen la atención pro-

gramada, las actividades preventivas y de promoción de la salud, centrando los esfuerzos en resolver la atención a demanda y la atención urgente.

#### ¿En qué zonas hay más presión asistencial en los meses de verano?

Durante el verano la presión asistencial aumenta sustancialmente en las zonas turísticas, que sufren una importante sobrecarga, con agendas difícilmente asumibles. Pero se produce otro efecto indeseable en zonas no turísticas, especialmente en zonas rurales, que es la ausencia de profesionales sanitarios que obliga a los ciudadanos a desplazarse a núcleos donde se intentan concentrar los efectivos, sin que exista una red de transporte ad hoc. La situación es especialmente penosa para los pacientes inmovilizados atendidos en sus domicilios, que pierden temporalmente sus referentes sanitarios.

#### ¿Cómo se gestiona la presión asistencial en las zonas con más veraneantes?

Las zonas turísticas en temporada estival prestan una atención centrada en la demanda de problemas de salud agudos y urgencias. En otros tiempos, estas zonas se reforzaban para atender al aumento de demanda, pero en la actualidad la ausencia de profesionales disponibles dificulta estos refuerzos, de manera que trabajar en estas plazas es especialmente penoso.

#### ¿Cuáles son las patologías más comunes?

Durante el verano las patologías que ocasionan mayor demanda son las relacionadas con intoxicaciones alimentarias, alergias, picaduras, problemas traumatológicos (rozaduras, esguinces...), e infecciones leves, como las cutáneas, otitis, gastroenteritis o cistitis. También son frecuentes los problemas relacionados con el



calor y la exposición solar, como la deshidratación, las quemaduras solares o incluso el golpe de calor.

## Manuel Mozota Núñez

Vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

### ¿Cómo afecta la época estival/vacacional a la asistencia sanitaria en general a nivel organizativo?

Hace años, en algunas zonas disminuía la presión asistencial en las ciudades, aumentando en las zonas vacacionales más rurales, pero ante la falta de médicos, ya no se cubren vacaciones. En época estival, los médicos que trabajan deben doblar consulta y hacer horas extras, ya que aumenta la presión en las agendas. Actualmente, hay una sobrecarga asistencial, ya sea en la zona rural vacacional, porque aumentan los pacientes y las atenciones sanitarias por médico activo en la zona o porque en las zonas urbanas los médicos tienen vacaciones, quedándose en el centro de salud un número menor de profesionales, aumentando la actividad considerablemente ya que el número de pacientes por médico se dispara, al tener algunos profesionales de vacaciones y no ser sustituidos.

### ¿En qué zonas hay más presión asistencial en los meses de verano?

Anteriormente había en las zonas donde había veraneo, sobre todo en las zonas de playas y en la zona rural, pero en la actualidad por el efecto anteriormente comentado la presión en verano aumenta considerablemente en todo el territorio, ya sea como aumento de la demanda por el incremento de la población en las zonas de vacaciones o por la disminu-



ción del número de sanitarios, los cuales no se sustituyen.

### ¿Cómo se gestiona la presión asistencial en las zonas con más veraneantes?

Hay que potenciar el horario y las urgencias en las zonas con más presión asistencial, con mayor número de médicos. Ante la escasez se está optando por utilizar médicos sin la titulación adecuada o poner enfermeras. Es necesario desarrollar un protocolo de actuación ante las urgencias. Primero, una enfermera valora la gravedad del paciente; posteriormente, estima si lo soluciona o se lo deriva al médico.

### ¿Cuáles son las patologías más comunes?

Las patologías más comunes son la descompensación de patologías crónicas, quizá porque nos salimos de la rutina y hacemos otro tipo de actividad, en consecuencia, no esta-

mos tan pendientes en su control, también aumentan las urgencias sobre todo los traumatismos, picaduras de insectos y alergias. Siempre tenemos noticias de algún ahogamiento tanto en la piscina como en el mar, que debemos de prevenir tomando las precauciones necesarias. También son frecuentes las quemaduras solares, para ello debemos evitar tomar el sol en las horas centrales del día y usar protección solar, los golpes de calor y la deshidratación, aunque no son tan numerosas suelen ser más graves por lo que una buena hidratación debería ser fundamental ■

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





En verano,  
**SOLO**  
los servicios  
de **Urgencias**  
ven incrementada  
su actividad

Francisco Marí

Director gerente del Hospital Universitario Son Llàtzer y miembro de la Junta Directiva de SEDISA

Texto | Clara Simón

Fotos | SEDISA





## “En verano, solo los servicios de Urgencias ven incrementada su actividad”

Francisco Marí, director gerente del Hospital Universitario Son Llàtzer y miembro de la Junta Directiva de SEDISA, explica a EL MÉDICO cómo se organiza la asistencia en los meses de mayor afluencia de personas. En general, el conjunto de la actividad hospitalaria disminuye en verano, solo aumentan las Urgencias.

### ¿Cómo se gestiona la asistencia en los meses de verano?

Es un esquema que se repite año tras año, al incrementarse la población en la isla de Palma de Mallorca hay que reforzar aquellas unidades que van a sufrir una mayor demanda de actividad.

### ¿Cuáles son?

Básicamente, estamos hablando del servicio de Urgencias y las unidades de soporte diagnóstico.

### ¿Cuánto se incrementa la actividad con respecto a los meses de invierno?

Respecto a la media de los meses de invierno, la actividad sube un 10 por ciento; actividad que, además, se concentra en horario nocturno. Por el contrario, se mantiene el número total de urgencias que ingresan, por tanto, quiere decir que disminuye el porcentaje de ingresos sobre el total de pacientes vistos en Urgencias hospitalarias. El porcentaje baja del 12 al 10 por ciento en los meses de verano.

### ¿Cómo se prepara el hospital para afrontar la afluencia de visitantes en verano?

Se realiza un plan de verano en el que se contempla el nivel de sustitución de vacaciones del personal y las unidades que hay que reforzar. Pero hay que tener en cuenta que en los hospitales públicos el conjunto de la actividad en verano disminuye, los pacientes crónicos ingresan menos,

se programan menos consultas y sesiones quirúrgicas por las propias vacaciones de los profesionales. Este escenario permite ajustar el número de quirófanos y de camas funcionantes, sin olvidarnos de las consultas. Solo los servicios de Urgencias ven incrementada su actividad.

### ¿Cómo hay que reorganizar los distintos servicios hospitalarios?

No hay que hacer nada especial, el hospital está preparado para atender a los pacientes todo el año. Es cierto que el trabajo de intérpretes y mediadores se ve multiplicado en la época estival, incluso trabajo social es un servicio que hay que mantener al 100 por ciento.

### Y, ¿la facturación?

Es una cuestión importante. Aunque la mayoría de las personas vienen con el modelo E111; es decir, la tarjeta europea, hay que ser muy escrupulosos con los trámites necesarios que hay que realizar. Dicho esto, sorprende lo difícil que es obtener esta información o una copia del pasaporte... Los pacientes llegan a las Urgencias sin documentación, incluso sin dinero para poder coger transporte.

### ¿Cómo se reorganizan las Urgencias?

La Urgencia es la puerta del hospital. En general, la Urgencia de verano tiene un

perfil bastante definido: gente joven, y la patología suelen ser traumatismos e intoxicaciones por distintas sustancias tóxicas. Hay que decir, y esto es importante, que las empresas sanitarias privadas nos ayudan bastante, incluso no solo atendiendo al paciente que tiene una cobertura de seguro de viaje, por ejemplo, sino también atendiendo a pacientes que tienen el E111 y que posteriormente se compensa vía el Servicio de Salud. El transporte sanitario también juega un papel crucial, siendo necesaria la ampliación de las unidades medicalizadas en las zonas de la costa.

### ¿Qué medidas se implementan para mejorar la comunicación entre los diferentes servicios médicos del hospital?

Nuestro hospital es un centro informatizado, por lo que los procesos y el uso del HIS está bien definido. Como comentaba anteriormente, la dificultad en cuanto a la identificación de los pacientes para la correcta apertura de una historia clínica no está exenta de ciertas complicaciones. Por otro lado, el papel de los traductores y mediadores culturales es muy importante, cubrimos los idiomas más frecuentes

y también se dispone de un servicio de traducción online, que está operativo las 24 horas del día.

### ¿Qué estrategias se implementan para reducir los tiempos de espera en Urgencias y consultas externas?

El verano pasado, para mejorar esta problemática, se puso en marcha en Urgen-

cias una consulta Fast-track, diseñada para atender a pacientes de triaje de niveles 4 y 5, que son pacientes que, en general, no requieren de pruebas complementarias. La idea, sobre todo, es acortar los tiempos de espera y liberar la saturación de las salas de espera y que los profesionales se puedan dedicar a las patologías más complejas.

### ¿Cuáles son las patologías que más se atienden?

Los casos que más se atienden en los meses de verano son traumatismos, intoxicaciones etílicas e intoxicaciones por distintas sustancias. Las agresiones sexuales desgraciadamente también son habituales. En este sentido, la relación con los juzgados de guardia y cuerpos de seguridad tiene especial relevancia.

### ¿Afecta la mayor presión asistencial a la marcha normal del hospital?

En general, se trata de pacientes que no ingresan, por lo que la presión está muy localizada en la zona de Urgencias. Sí que en momentos puntuales de mucha afluencia puede provocar tiempos de espera algo más largos de lo habitual. También puede ocurrir que haya falta de camas en hospitalización y en las unidades de curas intensivas, lo que puede provocar retrasos en los ingresos desde Urgencias. La falta de drenaje (paso de pacientes a hospitalización) puede ocasionar que se llenen los boxes de atención y que, por tanto, sea complicado atender una nueva Urgencia. No obstante, se utiliza una unidad de preingreso hospitalario.

### ¿Cómo se garantiza la disponibilidad de suministros y equipos médicos durante la temporada de verano?

En el mes de agosto muchas empresas cierran y, por tanto, no suministran. En este sentido, al estar los productos y los con-

sumos perfectamente identificados, se trata de asegurar el stock suficiente para dos meses ampliando los pedidos. Por la misma razón, preocupa el mantenimiento y las reparaciones de equipos de electromedicina, que en la época estival puede sufrir algún retraso.

### ¿Cómo se compagina esa mayor presión asistencial con las vacaciones de los profesionales sanitarios?

Es complicado, básicamente por la falta de profesionales a la hora de contratar sustitutos. También se exige a las diferentes unidades y servicios que distribuyan sus días de vacaciones de tal manera que la actividad se vea afectada lo menos posible. Es decir, no se pueden ir todos en el mismo periodo, parece una obviedad pero es un encaje difícil al tratarse de mucho personal.

### ¿Cómo se asegura el hospital de contar con suficiente personal médico y sanitario durante los meses de verano?

Desde principios de año, ya trabajamos el tema de los refuerzos y sustitutos. No es nada fácil, no siempre se pueden contratar y muchas veces los que se quedan deben hacer más guardias de lo deseable.

### La asistencia de crónicos, ¿se ve mermada durante el verano?

No, en absoluto, las necesidades son atendidas, porque, como hemos comentado, en general coincide una menor presión asistencial de este tipo de pacientes.

### ¿Hay más ingresos de estos pacientes por descompensación de sus patologías?

Podríamos decir que los crónicos se descompensan más en invierno, se espera en

principio que la actividad baje en los meses de verano.

### ¿Hay algún plan específico para garantizar la asistencia de crónicos?

Sí, el mismo que en invierno, la estrategia de cronicidad define perfectamente la ruta asistencial que deben de seguir estos pacientes.

### Ya para terminar, ¿cuáles son los principales retos que enfrenta el hospital durante la temporada de verano?

Es cierto, que nos da mucho respeto lo que pueda pasar, la demanda es complicada de predecir, aunque quizás el reto es poder mantener un mínimo de actividad ordinaria del resto de especialidades: de quirófanos, de gabinetes, de pruebas... Eso implica que se planifiquen entre los miembros de los equipos muy bien las vacaciones. El hospital debe de seguir funcionando para atender las necesidades de atención sanitarias de la población. Hay que decir que, en general, los turistas se suelen ir muy impresionados por el alto nivel de nuestros servicios. Me refiero al de la red de hospitales, tanto públicos como privados ■

**Los casos que más se atienden en los meses de verano son traumatismos, intoxicaciones etílicas e intoxicaciones por distintas sustancias**

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





Por **eficiencia,**  
en **verano**  
tendremos  
**centros**  
**reorganizados**

Julia Quevedo Rivera

Vocal de comunicación de la SEDAP por Madrid

Texto | Nekane Lauzirika

Foto | SEDAP





## “Por eficiencia, en verano tendremos centros reorganizados”

“Los problemas más importantes de Atención Primaria (AP) pasan por una escasa disponibilidad de profesionales médicos para dar respuesta al modelo organizativo actual”, reconoce Julia Quevedo Rivera, directora asistencial médico en la Dirección Asistencial Este de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. A pesar de ello, considera que la asistencia está garantizada también en los periodos vacacionales. “Son tiempos de ajuste de plantillas y reorganización asistencial en función de la menor demanda de la población”, sentencia la vocal de comunicación de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SE-DAP) por Madrid.

### ¿Cuáles son los problemas asistenciales más acuciantes en AP según la SEDAP? ¿Tienen los mismos en la Comunidad de Madrid y en el resto de las CC. AA.?

Los problemas más importantes de Atención Primaria en el momento actual pasan por una escasa disponibilidad de profesionales médicos para dar respuesta al modelo organizativo actual de Atención Primaria, no contamos con suficientes recursos para dar respuesta al recambio generacional que ya nos está afectando. Pero siendo el de los recursos humanos y el de profesional médico un problema sobre el que todo se articula, no podemos perder el foco de la otra situación que produce el agotamiento de las plantillas como es la demanda social elevada. Si se desarrollara el rol de otras categorías profesionales que forman parte del centro de salud aliviaría esta sensación de carga. Por eso, es necesario la optimización y buen uso de los mismos recursos, la potenciación de la educación sanitaria y el autocuidado. En cuanto a los problemas sanitarios, la situación de la Comunidad de Madrid es la misma que en otras comunidades autónomas.

### No contamos con suficientes recursos para dar respuesta al recambio generacional que ya nos está afectando

### ¿La falta de médicos y enfermeras puede empeorar la situación con la llegada del verano?

Las fechas vacacionales son periodos de ajuste de plantillas y reorganización asistencial en función también de la menor demanda de la población. Hay puntos asistenciales rurales que en verano deben agruparse por eficiencia, el resto de puntos asistenciales no corren peligro, tendremos centros reorganizados. La población también en estos meses tendrá los recursos sanitarios a su alcance.

### ¿Estos problemas acuciantes son recurrentes o han aparecido nuevos después de la pandemia COVID-19?

La COVID no ha hecho más que destacar un momento preocupante de atención, con debilidades del sistema público en los sectores básicos de salud pública y Atención Primaria, la inversión en la prevención y promoción de la salud se ha puesto de manifiesto a lo grande. Pero lo que ha hecho la COVID, sobre todo, es hacer que trabajemos al unísono y en equipo para vencer un mal común y esto ha sido bueno porque hemos parado y reflexionado y dicho en voz muy alta qué es lo que necesitamos.

### ¿Y cuáles son las dificultades organizativas más preocupantes en AP? ¿La excesiva burocracia?

La organización de la atención no puede recaer solo en el médico de forma automática; hay un camino intermedio antes de llegar al consultor final y esa forma de gestionar la demanda ha de estar implícita en todos, partiendo del mismo ciudadano que debe conocer y tener la información adecuada de los recursos con los que cuenta, así como hacer una buena utilización de estos. Además, el resto de profesionales de las distintas áreas de salud deberán de gestionar la demanda que les corresponde. En definitiva, más trabajo en equipo. El papel de fortalecimiento de las unidades de atención al usuario debe de ser reconocido como verdaderos gestores y darles la importancia que merecen.

### ¿Qué haría falta en la AP? ¿Más dinero? ¿Puede comentar qué aspectos habría que trabajar para mejorar?

El dinero es una parte muy importante en todo el proceso de atención, claro que sí; dinero para recursos humanos futuros y presentes, porque hay que mantener los que tenemos. Es clave cuidar al sanitario en su desarrollo profesional, formación, docencia, publicaciones, congresos de actualización. Todo ello contando con la facilidad de acceso para nuevas tecnologías y la cobertura de recursos ausentes. Todos citan “implicar a los profesionales de AP” para que funcione mejor, pero ¿cómo conseguirlo? Implicar a todos los profesionales es que cada profesional, que forma parte de equipo multiprofesional, se responsabilice en las demandas de nuestros ciudadanos; demandas que deben ser gestionadas entre todos. Desde las administraciones debemos cuidar al profesional trabajando para evitar la sobrecarga asistencial,

gestionar las agendas, el tiempo medio de consulta, su periodo de descanso, los horarios conciliadores de la vida familiar. Se debe conseguir atender al ciudadano analizando sus demandas de forma que sean solucionadas por el profesional que mejor pueda dar respuesta. Se precisa una adecuada dimensión de plazas, cupos y agendas. Los equipos están conformados por médicos, pediatras, enfermeros, auxiliares administrativos, auxiliares de clínica, matrona, odontólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales. Por ello, es preciso también medir la satisfacción de profesionales y pacientes y resultados en salud.

### **¿Por qué es tan poco atractiva la especialidad de AP para las nuevas hornadas de médicos?**

Las nuevas hornadas de médicos son parte de una sociedad actual donde se prioriza la calidad de vida y el estatus de bienestar. Los mensajes de una Atención Primaria saturada y con consultas interminables no hacen atractivo de entrada el verdadero objetivo y misión de la Atención Primaria. Actualmente lo que se transmite sobre este nivel asistencial es un mensaje de queja que no nos beneficia. Como profesionales con altas expectativas, muchas y variadas ofertas de trabajo, los jóvenes eligen especialidades menos holísticas y más específicas y relacionadas con el cuidado del cuerpo y la estética. Estamos en el momento de recuperar a todos estos profesionales para Atención Primaria; ya se nota un cambio en las últimas promociones de residentes con una intencionalidad clara de quedarse en primaria y esto es fruto de las mejoras y el impulso relanzado desde todos los niveles de la jerarquía.

**Hay manifestaciones de los médicos de AP en muchas comunidades. ¿Los problemas a los que se enfrentan los médicos de AP son solo por cuestiones económicas?**



Los problemas no son solo económicos, sino que están relacionados con la calidad-precio. Es la comparación con otros niveles asistenciales donde el sueldo medio es mayor y el esfuerzo puede parecer menor, con agendas menos saturadas, trabajo más independiente y no tan ligado a los pacientes. Y es que, de alguna manera, el trabajo con el paciente de forma particular parece que nos pertenece a los médicos de AP, mientras que por otros niveles asistenciales pasan casi de puntillas. Esto hace que los verdaderos aglutinadores de toda la información del paciente sea la primaria, por lo que el paciente nos sigue a nosotros y esto es la esencia de la Atención Primaria. Sin embargo, el nivel de accesibilidad y confianza genera en gran medida sobrecarga que, en ocasiones, no está bien remunerada. Por esto, es necesario

el fortalecimiento del rol de los profesionales sanitarios y su liderazgo, maximizando sus competencias o incluso incorporando otros roles profesionales. Asimismo, se precisa una mejora de los procesos de atención a los usuarios optimizando los procesos internos (circuitos de comunicación, protocolos, guías). Y la incorporación de las herramientas tecnológicas, para mejorar la accesibilidad, telemedicina. Todo esto sin olvidar la optimización de la coordinación entre niveles asistenciales, adecuación de recursos humanos, materiales e infraestructuras.

### **¿Y la potenciación del liderazgo?**

Potenciación del liderazgo y autonomía de gestión de los profesionales como elementos motivadores y de transformación de la gestión en AP. Además, hay que In-



novar con fórmulas distintas de relación laboral con los médicos, con garantías de itinerarios profesionales que puedan concordar con los intereses y proyecciones individuales, investigación, competencias. Nada sustancial ha cambiado en las políticas de recursos humanos con respecto a hace cuarenta años y el mundo ha cambiado mucho y los médicos jóvenes con él.

#### **¿Qué papel juega en este sentido la SEDAP? ¿Qué demandan los directivos de AP que son quienes la gestionan a pie de consulta?**

Somos una sociedad científica independiente sin ánimo de lucro, que tenemos como objetivo poner en valor la Atención Primaria y Comunitaria, prestigiarla desde la gestión sanitaria. Los directivos somos mediadores de las políticas sanitarias teniendo la misión de poner en marcha las mismas, recogiendo el punto de vista de los profesionales sanitarios y también canalizando sus aportaciones para la mejora en la atención del ciudadano. La coordinación entre los miembros de las diferentes comunidades autónomas nos pone en una posición de conocimiento de experiencias de gestión, participación, formación, investigación, evaluación o mejora de atención sanitaria y cuidados que se realizan en diferentes comunidades autónomas. Necesitamos estar conectados y unificar buenas prácticas.

#### **Usted es vocal de comunicación de la SEDAP. ¿Cree que se explica bien el trabajo que realizan tanto los directivos como la asociación?**

Nosotros somos parte de una nueva Junta Directiva que estamos tratando de ser más visibles para la Atención Primaria y para sus profesionales, porque sabemos que somos un interlocutor válido y útil para ellos. Debemos apostar por más formación, más facilidad a la hora de llegar a los profesionales y a los equipos directivos de los centros de salud.

#### **Con una población cada vez más envejecida, ¿cuál es el reto de la AP?**

Nuestro reto es la cronicidad, la fragilidad y la pluripatología; por eso apostamos por que se destinen más recursos eficientes en este importante grupo de población. Por otro lado, el papel de enfermería es crucial para el control del paciente crónico, y esta es la apuesta de Atención Primaria, fomento y trabajo de continuidad asistencial

#### **La nada fluida relación AP-hospital es una queja sempiterna. ¿Es una relación mal diseñada o peor ejecutada?**

La continuidad asistencial es la llave del adecuado control y seguimiento de los pacientes que pasan de un ámbito a otro con rapidez. Lo que hemos de asegurar es que los pacientes dependientes reciban la atención que precisan por parte de los profesionales adecuados para esta tarea tan fundamental.

#### **Durante la pandemia la asistencia telefónica fue pura necesidad, ¿sigue siéndolo?, ¿es una solución para agilizar las consultas, por ejemplo, en verano?**

La consulta telefónica fue una necesidad imperiosa y sigue aportando mucho valor a la resolución de problemas puntuales diarios, pero no disminuye la carga asistencial. Es más, en periodo postpandemia, no son justificadas tantas consultas telefónicas a demanda. Sin embargo, si las consultas telefónicas son programadas pueden ser positivas para la gestión del propio profesional; la video-consulta es también un recurso que ya está implantado y debe ser potenciado.

#### **¿Las Administraciones cuentan con SEDAP y sus directivos para poner en marcha ideas innovadoras en aras a una AP más fuerte y competitiva?**

SEDAP no es, por desgracia, suficiente para implantar nada, pero sí para consti-

tuir una corriente y compartir experiencias innovadoras que puedan estar al alcance de todos y que pueden ser útiles para implantar modelos de éxito en distintos entornos sanitarios.

#### **¿Sin una AP fuerte, sin suficientes profesionales o poco estables, es sostenible el sistema sanitario público actual: universal, gratuito y de calidad?**

Claramente no, se precisan políticas de recursos humanos que aseguren la estabilidad, optimización de recursos, demandas de población ajustadas a necesidad y autorresponsabilidad por parte de los ciudadanos en el uso de los sistemas sanitarios.

La educación sanitaria, el trabajo hacia la comunidad, mensajes claros de uso de recursos a la población. Es un trabajo que es necesario para poder tener una mejora de la situación a largo plazo. Todos los que formamos parte de Atención Primaria debemos trabajar para no generar mensaje de negatividad y sí de impulso, todos somos parte del cambio. Vivimos en la sociedad de la inmediatez, y esa impaciencia colectiva lleva a crear frustración para el profesional sanitario, porque es inabordable disponer de un recurso permanente para resolver cuestiones que podrían esperar, pero que el usuario defiendo como de resolución inmediata, esto produce fatiga y conflicto. Por ello el trabajo de educación a la población es nuestro reto ■

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





FUNDACIÓN  
**juegaterapia**

# Seguir siendo Niños

Convertimos las azoteas de los hospitales en jardines mágicos

Colabora en [Juegaterapia.org](http://Juegaterapia.org)

#SeguirSiendoNiños





SEAPEC

Sociedad Española de Personas con Empleo

SEA

Sociedad

Personas

pro

El modelo  
tiene que cambiar  
radicalmente  
para poder  
dar respuesta  
a las necesidades  
de los pacientes

Juan Torres

Presidente de SEAPEC y jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor-Virgen de la Torre de Madrid

Texto Clara Simón Vázquez

Foto SEAPEC



**“El modelo tiene que cambiar radicalmente para poder**

**dar respuesta a las necesidades de los pacientes”**

La atención a crónicos se ve alterada en los meses de verano por distintas circunstancias: cambios de domicilio de forma transitoria, vacaciones de los cuidadores, modificación de las temperaturas, alteración de la rutina... todos estos elementos se deben considerar en la época estival. Según datos de la Sociedad Española de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas (SEAPEC), unos 22 millones de españoles, algo más de la mitad de la población del país, sufren una o varias dolencias crónicas, que ya representan el 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria. Además, supone el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios y la primera causa de gasto sanitario. Y, en más del 90 por ciento de los casos, son la principal causa de muerte. Es necesario que dicho grupo de pacientes tenga una continuidad asistencial integral que mejore su realidad y su calidad de vida. Juan Torres, presidente de SEAPEC y jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor-Virgen de la Torre de Madrid, explica a EL MÉDICO los cambios que se producen en los meses de verano para garantizar la asistencia a los pacientes crónicos y las recomendaciones específicas para sus cuidadores.

#### **¿Cómo afecta el verano a la atención de los pacientes crónicos?**

El modelo que necesita el paciente crónico es totalmente diferente al modelo de atención actual mayoritario, que es el de atención a la enfermedad aguda. Por ejemplo, un paciente que tiene un infarto le hospitalizan y luego tiene un seguimiento periódico. El enfermo crónico es totalmente diferente, en el sentido de que, a lo mejor, no necesita un seguimiento periódico, pero requiere un acceso rápido al sistema cuando sus enfermedades se exacerban.

#### **¿Cómo debe ser ese acceso?**

Los pacientes crónicos necesitan poder contactar con los profesionales sanitarios no solo para el seguimiento de su patología, sino también para todo el tema de educación para la salud y del autocuidado. Esto, realmente, en el modelo actual de seguimiento de pacientes es bastante diferente. Aunque hay muchas unidades que se van organizando así, la mayoría del sistema todavía está en un modelo de episodios agudos de enfermedad, no de pacientes con las enfermedades crónicas, que en

muchos casos son múltiples, de edad avanzada y en ocasiones con problemática social asociada.

#### **¿Cómo tiene que plantearse el modelo de atención a crónicos?**

El modelo tiene que cambiar radicalmente para poder dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

#### **¿En qué ha influido la época post-COVID?**

Pues que la accesibilidad ahora es relativamente peor. También hay una crisis en Atención Primaria a nivel general que está impactando claramente también en todo el sistema. Por ejemplo, a un paciente con migraña crónica le ven cada 6 meses.

A lo mejor en el momento que en que le toca revisión se encuentra bien, pero a los 3 días empieza a tener una serie de ataques durante las siguientes semanas y necesita que le ajusten el tratamiento. La accesibilidad a un neurólogo

para que te ajuste la medicación está dificultada.

#### **¿Qué ocurre si está fuera de su ciudad en verano?**

La atención urgente, lógicamente está asegurada, pero el desplazamiento geográfico no asegura una atención en consulta externa. Lo ideal es que siempre lleve al paciente el mismo equipo. Pero hay muchas consultas que no tienen sentido y se hacen, y otras veces el paciente necesita contactar y no puede. Ese es el problema del modelo del paciente crónico. Con respecto a los pacientes que tienen varias enfermedades, lo ideal es que les lleven los directores de orquesta, como pueden ser el médico de Atención Primaria o Medicina Interna. Al final, estos pacientes están fragmentados y les atienden distintos especialistas con una coordinación que está limitada porque la Atención Primaria tiene problemas de diferente índole.

#### **¿Cómo se modifica la asistencia en la época estival?**

Desde el punto de vista administrativo, se puede desplazar la tarjeta sanitaria a cualquier centro de Atención Primaria. Administrativamente, un paciente con enfermedades crónicas y con tratamientos delicados que va a estar un tiempo fuera de su residencia habitual lo que debe hacer es

pedir una tarjeta de desplazado. Eso se hace en su centro de salud. En este sentido no hay problema. Otra cosa es que la accesibilidad del sistema esté limitada, pero eso es inevitable. En verano, lógicamente, se retrasan las citas, aunque se

**La estrategia de crónicos era un programa muy interesante que en su desarrollo ha quedado limitado en los últimos años**

organiza lo mejor que se puede. Pero los profesionales sanitarios se tienen que ir de vacaciones.

### ¿Hay sustituciones de dichos profesionales?

Las sustituciones en el sistema no son al cien por cien, porque no hay profesionales suficientes y sería un gasto inasumible. Ante esta situación sí que hay cierto retraso en la accesibilidad.

### ¿Qué patologías se modifican más en el verano?

Depende de la patología, pero está claro que las temperaturas elevadas influyen, sobre todo, en pacientes mayores que estén tomando tratamiento diuréticos por cardiopatías.

### En este contexto, ¿cómo influye el autocuidado?

Lógicamente cuanto más autocuidado se tenga, habrá menos riesgo de descompensación de las enfermedades. También hay pacientes que tienen que llevarse toda la medicación y deben tener cuidado con ella, porque hay pautas complejas que tiene que conservarse en determinadas condiciones y con diferentes cuidados que se deben respetar aún más con la modificación de temperaturas que suceden en los meses de verano. Aquí es clave el autocuidado, sea por el propio paciente o por su cuidador.

### ¿Cuáles son las pautas específicas de autocuidado?

Sobre el papel, Primaria es el eje de la educación para la salud y en enfermedades específicas se llevan a cabo en las unidades propias de dicha enfermedad, donde se hacen recomendaciones para el

autocuidado y entrenamiento. También hay disponible información en webs y en aplicaciones.

### ¿Cuál es la tasa de autocuidado?

No obstante, la tasa de autocuidado y de la adherencia terapéutica no es todo lo buena que querríamos. Se sabe que los pacientes crónicos no más del 50 o 60 por ciento cumple el tratamiento de forma completa. La realidad es que no conseguimos que el paciente esté totalmente implicado y sea completamente adherente a su pauta terapéutica, tanto farmacológica como de modificación de estilos de vida.

### ¿Por qué sucede esta situación?

Por diversas razones: algunos que tienen muchos tratamientos, otros porque tienen dificultad para seguir los tratamientos, sobre todo los pacientes mayores o los que tienen algún tipo de deterioro cognitivo.

### ¿Se ve mermada la adherencia en los meses de verano?

Siempre que uno cambia su rutina hay un riesgo de menor accesibilidad, por ejemplo, a la farmacia comunitaria. No es lo mismo el paciente que ya tiene su farmacia de barrio, de confianza y que está acostumbrado a ir, que cuando se desplaza y tiene que ir a otra, con desplazamientos más largos, con lo que se ve afectada la accesibilidad.

### ¿Se ven cambios en los grupos de edad?

La edad genera un mayor riesgo de que el paciente sea más dependiente y necesite más ayuda para el cuidado y la administración de medicamentos. A esto hay que añadir que sus cuidadores se van de vacaciones o sus familiares, por lo que siempre hay más riesgo de soledad, sobre todo en

las personas con una situación de mayor vulnerabilidad social.

### ¿Qué recomendaciones ofrecen desde SEAEPEC?

Es importante que el paciente crónico se asegure de tener correctamente la medicación en todo momento y en todo lugar. Si es preciso, deben hacer un traslado de la tarjeta sanitaria temporal y que lo hagan con tiempo. Si se requieren una valoración periódica es importante que no retrasen el traslado y lo hagan de forma adecuada para que pueda seguir sus revisiones periódicas en el periodo vacacional. También es muy importante seguir las medidas de autocuidado de sus patologías.

### ¿Tienen contacto con las sociedades de Primaria para la coordinación de esos pacientes?

Somos una sociedad muy joven, pero hemos entrado en contacto con todas las sociedades de Primaria y con las sociedades para la Medicina Interna, y en el futuro, sin duda, iremos desarrollando iniciativas conjuntas.

### ¿Qué papel tiene la formación?

Estamos trabajando en el desarrollo de programas de formación acreditada en diferentes aspectos de la cronicidad tanto para profesionales como cuidadores, a través de los recursos web. No obstante, nuestra idea es que también haya cursos presenciales e híbridos.

### ¿Cómo se encuentra la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud?

La estrategia de crónicos era un programa muy interesante que en su desarrollo ha quedado limitado en los últimos años. Hay que retomarlo, actualizarlo y seguir trabajando entre todos los profesionales para dar la mejor atención a los pacientes crónicos ■





---

**saned.**  
GRUPO

El Médico  
Interactivo

El Médico

*Desde 1981  
comunicando  
en salud*









# ¿Qué supondrá en el SNS el esperado *Data Lake* Sanitario?

El *Data Lake* Sanitario o el Espacio Nacional de Datos de Salud es un repositorio de datos a nivel nacional cuyo objetivo es conseguir una mejora en la capacidad de respuesta del SNS y avanzar hacia la Medicina de Precisión. Se trata de un proyecto que se enmarca en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia Económica (PRTR), y que todavía está en proceso de construcción. Mientras tanto, expertos vislumbran ya muchos de sus beneficios, aunque también señalan algunos de los retos que habrá que enfrentar por el camino.

Texto | Silvia C. Carpallo





Cada vez se dan a conocer nuevos proyectos basados en inteligencia artificial que, con la información de los pacientes logran mejorar, en diferentes patologías, el diagnóstico o el tratamiento y se acercan cada día más a una Medicina Personalizada. Pero para realmente poder avanzar en este sentido, es necesario poder contar con un mayor número de datos sanitarios que puedan estar estructurados y que cuenten con la calidad y seguridad necesarios.

Con esta idea de fondo se plantea el llamado *Data Lake* Sanitario. Se trata de un repositorio de datos a nivel nacional cuyo objetivo es conseguir una capacidad de respuesta en tiempo real para la identificación y mejora del diagnóstico y tratamiento, identificación de factores de riesgo, análisis de tendencias, identificación de patrones, predicción de situaciones de riesgo sanitario y programación de recursos para su atención.

Cabe recordar que la Comisión Europea presentaba la propuesta para la puesta en marcha de la creación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EEDS). Este será un ecosistema específico para la salud formado por reglas, normas y prácticas comunes, infraestructuras y un marco de gobernanza común. De esta forma, en España, el Gobierno también

proponía un repositorio de datos nacional que recoja la información de los diferentes sistemas de información existentes y permita el procesamiento y análisis masivo de datos. Un proyecto que se espera esté terminado para el año 2025.

### La propuesta de un *Data Lake* Sanitario

La creación de un *Data Lake* Sanitario forma parte del Plan de Recuperación, Trans-

formación y Resiliencia Económica (PRTR), la hoja de ruta marcada en 2021 para reconstruir y transformar la economía española tras la pandemia de la COVID-19. En concreto, el *Data Lake* Sanitario está recogido en el componente 18. Según el mismo, la definición de usos se establecerá en fases posteriores del proyecto y se prevé la posibilidad de incorporar a los proveedores sanitarios privados.

La Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial es la responsable del proyecto para la constitución del Espacio Nacional de Datos de Salud, que actúa a través de la Secretaría General de Administración Digital. Este proyecto se lleva a cabo en colaboración con el Ministerio de Sanidad y en conjunto con comunidades y ciudades autónomas.

### La situación actual

Para lograr este propósito, el Gobierno aprobó en diciembre de 2022 la distribución territorial de 28 millones de euros de fondos europeos. Para llevar a cabo la dis-

tribución del crédito se tuvo en cuenta una cantidad fija y otra variable en función del volumen de población, para asegurar que todas mantienen un nivel suficiente de recursos tecnológicos y organizativos que permitan hacer disponibles los datos para el desarrollo del Espacio Nacional de Datos de Salud.

Asimismo, para asegurar un adecuado seguimiento de los proyectos, las Comunidades Autónomas y Ceuta y Melilla deberán proporcionar la información relativa a las diferentes actividades de inversión que se propongan financiar con cargo a los fondos en el sistema integrado para la gestión, así como información sobre las previsiones

para el cumplimiento de los objetivos estratégicos del Plan de Recuperación.

Tal y como informan desde la Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial (SEDIA), este proyecto está sometido al cumplimiento a diciembre de 2023 del objetivo marcado por la Unión Europea, que consiste en la operatividad del *Data Lake* sanitario a escala estatal y la incorporación de las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla con el objetivo de permitir el análisis masivo de datos sanitarios.

Una vez que este *Data Lake* esté operativo, se podrán abordar casos de uso definidos en el marco de los Grupos de Trabajo creados a tal fin entre el Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas y Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial y aprobados por la Comisión de Salud Digital.

Así, en estos momentos, se está trabajando en la licitación de este proyecto con la determinación de cumplir el objetivo CID marcado por Europa y en el análisis de dos casos de uso ya aprobados por la Comisión de Salud Digital.

### El paraguas del Espacio Europeo de Datos Sanitarios

Para entender el funcionamiento del *Data Lake* Sanitario en España, en primer lugar, hay que conocer cómo se está trabajando a este respecto en Europa. Así, hay que recordar que el Espacio Europeo de Datos Sanitarios promoverá un mejor intercambio y acceso a diferentes tipos de datos sanitarios (historias clínicas electrónicas, datos genómicos, registros de pacientes, etc.), no sólo para apoyar la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza, sino también para la investigación sanitaria y la elaboración de políticas en el ámbito de la salud.

Para que esto sea una realidad, es necesario establecer unos principios de gober-

nanza, calidad del dato, interoperabilidad y principios FAIR (que los datos sean fáciles de encontrar, accesibles, interoperables y reutilizables) que están en la misma base de la definición del ENDS (Espacio Nacional de Datos de Salud), con el que se interconectará de forma segura.

En concreto, desde la SEDIA, junto con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se aportará la estandarización y normalización necesaria para que la información sea accesible e interoperable con el Espacio Europeo de Datos Sanitarios, y poder integrar con ello una gran estructura de información a nivel europeo puesta a disposición de la investigación y la creación de políticas que redunden en la mejora de la salud de todos los ciudadanos europeos.

Igualmente, hay que recordar que, con el fin de liberar todo el potencial de los datos sanitarios, la Comisión Europea ya presentó un proyecto de un reglamento para crear este EEDS. De esta forma, el mismo plantea que las personas tomen el control de sus propios datos sanitarios, que se usen para mejorar la prestación de asistencia sanitaria, la investigación, la innovación y la elaboración de políticas, y que permita a la UE aprovechar plenamente el potencial que ofrece el intercambio, el uso y la reutilización de los datos sanitarios seguros y protegidos. Este reglamento se basa en el Reglamento general de protección de datos (RGPD), la propuesta de Ley de Gobernanza de Datos, el proyecto de Ley de Datos y la Directiva sobre redes y sistemas de información. Normas todas que tienen en cuenta el carácter sensible de los datos sanitarios.

Así lo hacía constar Juan del Llano, presidente de la Fundación Gaspar Casal, tal y

como lo recogía en un artículo de fondo sobre las características de este reglamento. En concreto, adelantaba que una de las principales preocupaciones de estos repositorios de datos, y que suelen poner sobre la mesa los expertos en diferentes foros, es la regulación del uso secundario de los datos. Es decir, que el dato que el médico recoge en la historia clínica o incluso que el paciente registra en dispositivos en casos de telemonitorización, pueda ser posteriormente usado para hacer un perfil más concreto del paciente que permita anticipar eventos de salud, realizar trabajos de investigación que posibili-

ten mejorar el conocimiento en áreas como la Oncología o las enfermedades raras o incluso para hacer un seguimiento más amplio de la población, que permita poner medidas más ajustadas en materia de Salud Pública.

Sobre esta cuestión, Juan del Llano aporta que el Reglamento plantea que, aunque los datos sanitarios ya están siendo recogidos y tratados utilizando medios electrónicos, en muchos casos el acceso a los mismos no se facilita para satisfacer otras finalidades de interés general. Por esta razón, con carácter general, se pretende establecer una regulación amplia que facilite los usos secundarios de los datos sanitarios, para, por ejemplo, la elaboración de estadísticas, el desarrollo de actividades formativas y de investigación, el uso de algoritmos de inteligencia artificial o la Medicina Personalizada.

Pese a ello, sí que se plantea declarar incompatibles algunos usos secundarios, como son la adopción de decisiones perjudiciales para las personas físicas, entendiéndose por tales no sólo las que produzcan efectos jurídicos sino, en general, las que les afecten de manera significativa. A este

respecto, se destacan específicamente las modificaciones relativas a los contratos de seguro como, por ejemplo, el incremento de las primas que se han de abonar.

Lo mismo ocurre con la realización de actividades de publicidad o comercialización dirigidas a profesionales sanitarios, organizaciones del sector o personas físicas. También con la puesta a disposición de los datos a terceros que no se contemplen en el permiso de datos que se otorgue.

Asimismo, tampoco se contempla el desarrollo de productos y servicios perjudiciales, incluyendo particularmente las drogas ilícitas, las bebidas alcohólicas, los productos del tabaco o los bienes o servicios que contravengan el orden público o la moral.

#### Usos previos de datos sanitarios

“Anualmente el Sistema Nacional de Salud, según datos oficiales, atiende 234 millones de consultas médicas de atención primaria, 83 millones de consultas hospitalarias, 4 millones de ingresos hospitalarios y 23 millones de urgencias. Y los datos generados en estas interacciones son una valiosísima fuente de información que actualmente no se está explotando convenientemente. Por un lado, porque son datos confidenciales, y por otro porque la gestión es descentralizada a través de las comunidades autónomas”, señala Amaia Brugos, gestora de referencia de los fondos *Next Generation* EU en Zabala Innovation.

Para contextualizar lo que supondrá el *Data Lake* Sanitario en este contexto tan amplio, cabe tener en cuenta iniciativas previas en España sobre el uso de datos sanitarios. Precisamente, en el marco del programa 4YFN-MWC, el contexto del *Data Lake* Sanitario fue uno de los temas protagonistas. Así, Daniel Prieto, profesor de farmacología en *Oxford University*; Eva Aurin, gerente eHealth de Telefónica y Miguel Ángel Armengol de la Hoz, responsable del Área de Big Data, PMC-FP, expli-



caron cómo habían existido experiencias previas de las que poder aprender en Europa. En concreto, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Red Europea de Regulación de Medicamentos trabajan en un centro de coordinación para proporcionar pruebas oportunas y fiables sobre el uso, la seguridad y la eficacia de los medicamentos de uso humano, incluidas las vacunas, a partir de bases de datos sanitarias del mundo real en toda la Unión Europea (UE). El nuevo centro, el *Data Analysis and Real World Interrogation Network* (DARWIN EU) ofrece evidencia de la práctica clínica real de toda Europa sobre enfermedades, poblaciones y usos y rendimiento de los medicamentos.

En este caso, se trata de un repositorio de almacenamiento de datos anónimos en bruto y de manera virtual que, después de un procesamiento con herramientas de *Big data*, puede ofrecer datos válidos de forma casi inmediata, para incidir en la eficacia de la atención sanitaria. Ello puede influir en la mejora de diagnósticos y tratamientos, la reducción de costes, la anticipación de episodios con alertas inteligentes, la optimización de recursos, el impulso de la Medicina personalizada o la aplicación de modelos predictivos para anticipar necesidades sanitarias.

En la misma línea, en España ya se está empezando a trabajar con datos sanitarios en grandes *hubs* como Madrid o Málaga. Como explicaba Miguel Ángel Armengol de la Hoz, “hemos hablado suficiente del potencial riesgo que supone para la privacidad del paciente el compartir datos. Sin embargo, hay que empezar a hablar del daño que supone para su salud no hacerlo”.

Sobre la experiencia previa trabajando con datos sanitarios en España, hablaba para EL MÉDICO Ismael Said, médico internista y coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Digital de la Sociedad Española de Medicina Interna, que ha sido nombrado nuevo *chairman of the ‘Telemedicine, Inno-*

## PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

**O**tra de las preguntas es cuál será el papel de los profesionales sanitarios en el futuro del *Data Lake* Sanitario. Tal y como insisten desde la SEDIA, los profesionales tienen un papel fundamental tanto en su fase de concepción como ya está ocurriendo en el seno del Grupos de Trabajo creados a tal fin entre el Ministerio de Sanidad, Comunidades Autónomas y Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial, como en su fase de operación.

El objetivo final va a ser apoyar la investigación sanitaria y la elaboración de políticas en el ámbito de la salud. Es por ello que se espera proporcionar recursos que faciliten el desarrollo e implantación de proyectos de procesamiento masivo de datos por parte de las Comunidades Autónomas, Ministerio, centros y unidades de investigación.

La compartición de estos recursos, accesibles desde un único punto de entrada, hará posible, por ejemplo, el entrenamiento de modelos de inteligencia artificial con una cantidad de información imposible de alcanzar desde una fuente aislada, con lo que la precisión de dichos modelos abrirá caminos imposibles de abordar en la actualidad. Todo ello siempre protegiendo plenamente los datos de los ciudadanos, de acuerdo con el marco legal europeo.

Por su parte, el portavoz de la ASD, Julio Jesús Sánchez, insiste en que los profesionales sanitarios son el origen de los datos. Por ello, recoger los mismos de forma correcta y segura también es asumir una nueva responsabilidad. “No hay calidad del dato sin contar con los profesionales sanitarios, y no se puede hacer nada útil con los datos sin calidad.

Por otro lado, los profesionales sanitarios serán los usuarios de las herramientas que se obtengan a partir del *Data Lake*. “En primer lugar, dispondrán agregada y de una manera ubicua la información de sus pacientes”. Además, contarán con los algoritmos de inteligencia artificial como nuevas herramientas a su servicio en el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. “Todo esto formará parte de la Historia Clínica Inteligente, donde la información de los pacientes no sólo estará integrada, sino que los algoritmos la enriquecerán continuamente”.

Para que todo esto sea una realidad, será necesario trabajar en la capacitación digital de los profesionales sanitarios. Sin embargo, será necesario ir un paso más allá y que los servicios sanitarios se nutran con nuevos perfiles como los ingenieros de datos y científicos de datos para su función de investigación científica. “Estos serán los equipos interdisciplinarios de perfiles sanitarios y técnicos que podrán sacar el máximo valor a los datos del *Data Lake*”, según el portavoz de la ASD.

*vative Technologies and Digital Health Working Group’* en la *European Federation of Internal Medicine* (EFIM). “Aun con la heterogeneidad de sistemas de información sanitaria que tenemos en España, el avance en digitalización de la historia clínica electrónica ha sido bastante rápido en los últi-

mos 15 años y los profesionales españoles conocemos bien las posibilidades que ofrece la interoperabilidad entre diferentes historias clínicas”. De hecho, el experto recordaba que en algunas regiones hemos sido pioneros en esa digitalización, incluso en comparación con otros países europeos.

## Ventajas y desventajas a tener en cuenta

Teniendo en cuenta todo este contexto, la pregunta que cabe hacerse es lo que realmente va a aportar este *Data Lake* Sanitario y si, en contrapartida, puede suponer algunas desventajas. Sobre esta cuestión también opina para EL MÉDICO, Julio Jesús Sánchez, gerente de Proyectos de Sanidad y Transformación Digital en Telefónica España y portavoz de la Asociación de Salud Digital (ASD). “Se esperan muchas ventajas. No en vano se llaman a los datos el petróleo del futuro”.

Entre otras cuestiones, destaca que la agregación de datos sanitarios es un activo muy importante para la investigación científica. “Adicionalmente, los datos del *Data Lake* serán el combustible para la creación de algoritmos de inteligencia artificial, que mejorarán la Sanidad por el camino de conseguir diagnósticos y tratamientos más eficaces. Además, tener consolidados los datos sanitarios de los ciudadanos es la base para poder desarrollar una Medicina más preventiva, personalizada, participativa y de precisión”.

Respecto a las desventajas, el experto solo señala las dificultades de pasar de la teoría a la práctica. “Es un proyecto de país de gran envergadura y, lógicamente, necesita una importante inversión”.

En esta línea, Ana Puche, urgencióloga y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, publicaba un artículo para el blog de salud de Mapfre, con algunas reflexiones a este mismo respecto, destacando que el *Data Lake* Sanitario facilitará la continuidad de su asistencia y evitará las duplicidades (o multiplicidades) de información, ayudando a disminuir los errores que pudieran generarse de no disponer de dicha información.

Por otro lado, al poder incluir y analizar datos globales, podrá servir para buscar cambios de ritmo de enfermedades a nivel nacional o regional. Esto tendría un papel

muy importante a la hora de detectar picos de incidencia de ciertas enfermedades. Algo útil, por ejemplo, para adelantarse a nuevas posibles pandemias.

En cuanto a los inconvenientes, la experta señala la necesidad de buscar un buen sistema para almacenar unos datos tan sensibles de forma segura. No obstante, los datos sanitarios son una información privada y especialmente sensible que puede afectar a muchos ciudadanos. Asimismo, es necesario plantear una infraestructura flexible, ya que los datos sanitarios no son una información estanca, sino que crecen a gran velocidad y de forma importante.

## El manejo de la información

Por su parte, Ismael Said agrega que es previsible que, gracias a este *Data Lake* estatal, mejore la distribución de los recursos sanitarios y se adecúen a las ne-

cesidades detectadas en tiempo real. “Tanto a nivel de la microgestión, de la gestión clínica específicamente, es difícil que los profesionales podamos tener acceso al uso secundario de los datos,

dadas las reticencias actuales para hacer uso de datos masivos, tanto para la investigación sanitaria como para la medición de resultados en salud”.

Por ello, según Said “la situación ideal se-

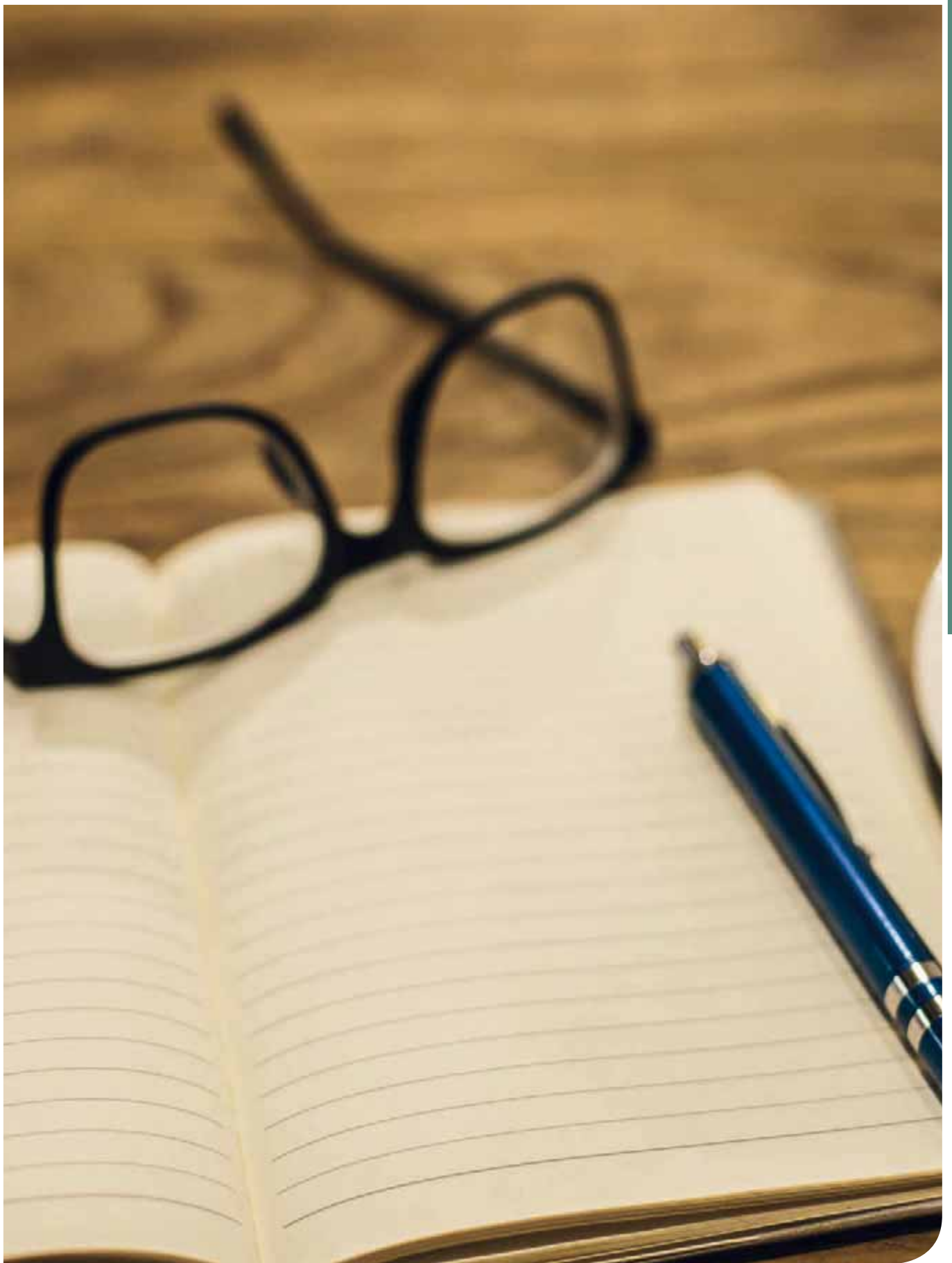
ría que cada profesional pudiera acceder a los datos relativos a su actividad clínica, y poder así conocer cómo es su desempeño y cómo mejorarlo”. De esta forma, según el experto, con un *Data Lake* bien estructurado, con datos clínicos bien codificados, “la posibilidad de medir resultados en salud a nivel de pequeñas muestras de pacientes sería muy fácil y la investigación clínica se potenciaría de forma exponencial”. Pese a ello, señala que considera “poco probable que la legislación y la cultura de gobernanza de los datos clínicos cambie a pesar del desarrollo de este macroproyecto tecnológico” ■

## Un *Data Lake* bien estructurado, con datos clínicos bien codificados, permitiría medir resultados en salud y potenciaría la investigación clínica

### Documentación y fuentes

1. <https://espanadigital.gob.es/lineas-de-actuacion/data-lake-sanitario>
2. <https://portal.mineco.gob.es/es-es/comunicacion/Paginas/data-lake-sanitario.aspx>
3. [https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121\\_PERTE-Memoria-explicativa.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121_PERTE-Memoria-explicativa.pdf)
4. [https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data-space\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data-space_en)
5. [https://www.digitales.es/wp-content/uploads/2022/07/EEDS\\_Espacio-Sanitario-de-Datos-Europeos.pdf](https://www.digitales.es/wp-content/uploads/2022/07/EEDS_Espacio-Sanitario-de-Datos-Europeos.pdf)
6. 4YFN-MWC
7. <https://fundaciongasparcasal.blog/2023/04/24/ue-y-data-lake-sanitario/>
8. <https://www.salud.mapfre.es/enfermedades/reportajes-enfermedades/data-lake-sanitario-espana/>
9. <https://www.zabala.es/noticias/data-lake-sanitario/>
10. Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial
11. Asociación de Salud Digital
12. Sociedad Española de Medicina Interna







# La mirada

maestra de la  
actualidad



# Cómo el uso de gemelos virtuales permite avanzar en Medicina

Autor Steven Levine. *Senior director*. Virtual Human Modeling, Dassault Systèmes

Lo que ha sido habitual en otros sectores durante muchos años se está convirtiendo cada vez más en un problema en la Sanidad: la simulación y el modelado en el mundo virtual. El uso de los llamados "gemelos virtuales" permite obtener información valiosa para el avance de la medicina, la investigación y la atención al paciente.

## Mejorar la atención médica con mundos virtuales

El uso de la simulación y el modelado 3D para desarrollar y probar nuevos productos ya ha demostrado su utilidad en muchas industrias. En la industria del automóvil, por ejemplo, rara vez se realizan pruebas físicas de choque, ya que hoy en día se llevan a cabo en gran medida en un entorno virtual. En medicina, sin embargo, sigue siendo habitual trabajar con imágenes 2D que no ofrecen una visión completa de la situación del paciente. Como los datos ya están disponibles en formato digital, la transformación a 3D permitirá aplicar una tecnología que ya está funcionando en otras industrias: los gemelos virtuales. Este planteamiento —es decir, el mapeo digital de objetos

y procesos reales— permite, por ejemplo, analizar virtualmente partes del cuerpo, órganos individuales o el cuerpo humano entero. Además, al entrenar los modelos con datos de pacientes reales, se pueden simular resultados en las mismas condiciones que el homólogo

real. Una disciplina médica que puede beneficiarse especialmente del uso de gemelos virtuales es la Cardiología. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud afirma que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en todo el mundo. Los métodos modernos de tratamiento y prevención son pilares importantes para mejorar la atención al paciente. Para adaptar la tecnología de los gemelos virtuales al cuerpo humano, se puso en marcha el proyecto Living Heart (la primera simulación realista en 3D de un corazón completo latiendo, mediante el uso de una solución de *software*).

## Una importante contribución para la investigación, los centros de salud y la industria

La ciencia y la investigación llevan décadas ocupándose de las complejas condiciones del corazón humano, algo que contribuye de forma significativa al éxito del Proyecto

Corazón Vivo. Por ejemplo, el Instituto de Medicina Cardiovascular lleva años investigando para conocer mejor

y más a fondo el corazón humano. De especial interés es la interacción con otros órganos, fármacos y métodos de tratamiento. Los investigadores están realizando una valiosa aportación para poder cartografiar virtualmente el corazón en su totalidad. A pesar de los avan-



Steven Levine

ces, aún quedan muchos interrogantes: Los defectos cardíacos (congénitos), especialmente complejos, y su comportamiento en interacción con dispositivos médicos y posibles tejidos de sustitución siguen requiriendo una investigación intensiva.

Las empresas del sector de la tecnología médica ya utilizan el modelado durante la fase de desarrollo. Mediante simulaciones pueden probar nuevas aplicaciones y dispositivos directamente en el modelo de corazón vivo. Los resultados obtenidos en los laboratorios de pruebas virtuales reducen la costosa y lenta construcción de prototipos y así como las pruebas con animales. A diferencia de los modelos animales, el corazón virtual puede incorporar datos clínicos para representar con mayor precisión un corazón humano a lo lar-





go del tiempo, a medida que se utiliza. Esto permite un proceso de desarrollo y aprobación más rápido, lo que contribuye a acelerar la comercialización de nuevos productos sanitarios.

#### Ya se utiliza en la práctica

Gracias a todos los agentes implicados, el Proyecto *Living Heart* ya ha cosechado muchos éxitos. En la actualidad ya se utilizan modelos cardíacos personalizados como apoyo a tratamientos clínicos, por ejemplo, en operaciones para corregir defectos cardíacos graves en recién nacidos. Aquí se pueden realizar muchas operaciones virtuales bajo la dirección del médico para determinar el mejor enfoque. Los estudiantes de Medicina y el personal de los hospitales, e incluso los pacientes, también se benefician del *Living Heart*: por ejemplo, el gemelo virtual del corazón puede utilizarse en la educación y la formación en el sector sanitario para entrenar procedimientos quirúrgicos en el mundo vir-

tual. Además, los ciclos de desarrollo y las series de pruebas pueden acelerarse y optimizarse gracias a la simulación. Por ejemplo, es posible adaptar mejor las válvulas cardíacas artificiales a las condiciones de enfermedad de grupos o pacientes individuales con la ayuda del corazón virtual. De este modo, ya no son necesarias muchas de las pruebas físicas en animales o modelos fabricados en laboratorios.

#### Siguiente paso: el cuerpo humano virtual

Lo que hoy se está investigando puede contribuir a que en un futuro haya un nuevo nivel de atención al paciente y desarrollo de fármacos o tecnología médica. Ya se está trabajando en otros órganos, como el Pulmón Viviente y el *Living*

*Brain*. El *Living Brain*, por ejemplo, se utiliza actualmente para investigar trastornos neuronales como la epilepsia. También, en este caso, las actividades cerebrales pueden simularse a partir de datos de pacientes individuales, lo que ayuda a comprender esta enfermedad, predecir ataques o clasificar tipos de ataques.

prender esta enfermedad, predecir ataques o clasificar tipos de ataques.

Los modelos virtuales de estos órganos complejos están ya tan avanzados que ya es posible pensar un paso más allá: combinar los distintos modelos individuales y simular así todo el cuerpo humano. Este uso del gemelo virtual allana el camino para seguir avanzando en el desarrollo de la Medicina Personalizada. Cada paciente tiene así la oportunidad de recibir exactamente el tratamiento que se adapta a su cuerpo, sus genes y su metabolismo ■

## El uso de gemelos virtuales allana el camino para seguir avanzando en el desarrollo de la Medicina Personalizada



# La inteligencia artificial: un impulso transformador para el diagnóstico de precisión

**Autor** | Ricardo Mazón Canales. Responsable del Área de Diagnóstico para Dedalus Iberia

En la actualidad, el avance tecnológico y, en particular, el desarrollo de la inteligencia artificial (IA), ha revolucionado numerosos aspectos de nuestras vidas.

Uno de los campos en los que su aplicación tiene un potencial realmente transformador es en el de la Medicina. En concreto, en el área de Anatomía Patológica, la IA está demostrando ser un recurso de inmenso valor, proporcionando resultados más precisos y acelerando los procesos de diagnóstico. Un camino hacia el diagnóstico de precisión.

Los servicios de Anatomía Patológica precisan acelerar su digitalización de manera integral. Esta ha comenzado con el escaneo de las preparaciones de las muestras y tejidos, pero ha de ir más allá, abordando la transformación de los flujos de trabajo, incorporando la patología computacional y adoptando un enfoque de gestión integral de la información del paciente mediante plataformas que permitan el despliegue de sistemas de diagnóstico integrados a lo largo del recorrido asistencial. Soluciones como la plataforma end-to-end de patología digital de Dedalus, impulsada con inteligencia artificial, pueden ayudar a lograrlo.

## Mejorando el diagnóstico de precisión

En primer lugar, esta solución permite un análisis más rápido y eficiente de grandes cantidades de datos e imá-

genes, lo que conlleva una mejora significativa en la precisión de los diagnósticos. Los algoritmos de aprendizaje automático entrenados con grandes conjuntos de datos pueden detectar patrones y correlaciones en la información, incluso aquellos que podrían pasar desapercibidos para profesionales médicos experimentados.

Esta capacidad de procesamiento de información contribuye a la reducción de tiempos de diagnóstico, la identificación temprana de enfermedades y la toma de decisiones de tratamiento más informadas. Además, también permite gestionar la demanda del servicio de Anatomía Patológica, ayudando así a agilizar los procesos.

Este tipo de soluciones permiten también a los patólogos trabajar de forma colaborativa y en red, aportando mayor equidad al proceso asistencial, al permitir la distribución de las imágenes y asignar el caso a los patólogos más adecuados en cada situación, aunque no estén en el mismo centro que el paciente, y facilitar la segunda opinión y colaboración entre los profesionales para alcanzar la mayor calidad posible en el diagnóstico.

**En el área de Anatomía Patológica, la IA está demostrando ser un recurso de inmenso valor, proporcionando resultados más precisos y acelerando los procesos de diagnóstico**



**Ricardo Mazón Canales**

## Impacto de la IA en Genómica

Otro de los campos en los que la digitalización y la inteligencia artificial van a ser muy importantes es la Genómica, ya que genera muchos datos y su interpretación requiere mucho tiempo. Además, la IA también está abriendo nuevas fronteras en la Medicina Personalizada al combinar datos genéticos, biomarcadores y características individuales del paciente para proporcionar diagnósticos

y tratamientos altamente personalizados. Esto allana el camino para una atención médica más precisa y eficaz,

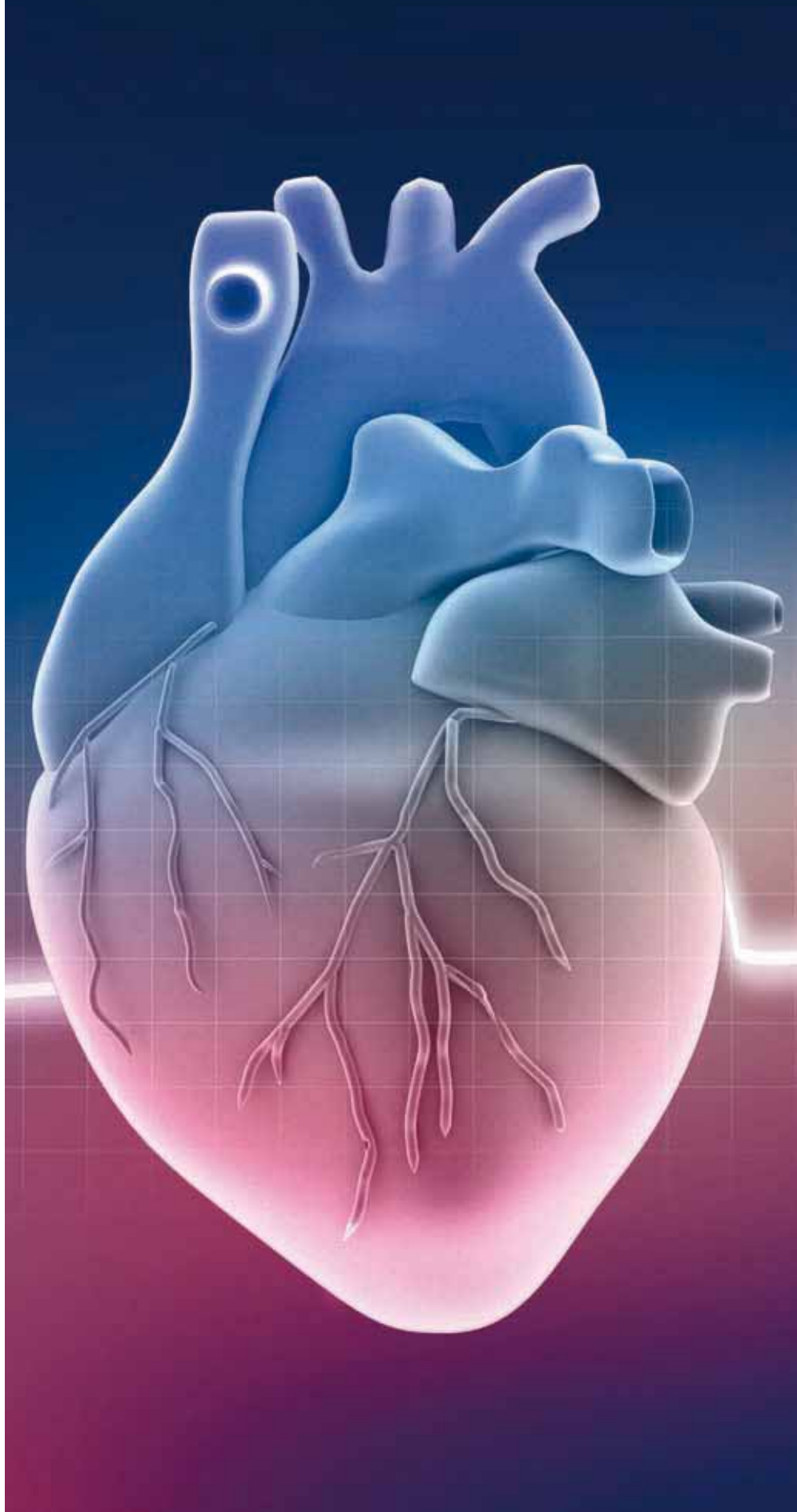
adaptada a las necesidades específicas de cada paciente.

Aun así, es importante hacer hincapié en que la IA es una herramienta de ayuda al diagnóstico, pero el objetivo nunca es sustituir a los profesionales, quienes acogen esta tecnología como una herramienta complementaria y potencialmente revolucionaria para mejorar la calidad del diagnóstico. La mayoría de los profesionales reconocen las ventajas que ofrece, ya que no solo mejora la precisión del diagnóstico, sino que también puede ayudar a los profesionales sanitarios a gestionar mejor su carga de trabajo y a optimizar los recursos asistenciales disponibles.

### **Futuro de la IA en Sanidad**

A medida que avanzamos hacia el futuro, es evidente que la IA seguirá desempeñando un papel fundamental en el diagnóstico de precisión a nivel global. Se espera que los algoritmos se perfeccionen y mejoren constantemente, aprendiendo de cada interacción y adaptándose a nuevas situaciones y escenarios clínicos. Esta evolución dará lugar a sistemas de diagnóstico cada vez más precisos y eficientes, lo que permitirá una detección temprana más efectiva de patologías, y tratamientos cada vez más dirigidos a las condiciones específicas de cada paciente.

Aunque la Sanidad es un entorno complejo por el tipo de información que maneja, será sin duda un sector en el que esta tecnología transformadora va a generar un importantísimo impacto. Su capacidad para procesar grandes volúmenes de datos, identificar patrones y proporcionar información precisa y objetiva ha llevado a mejoras significativas en la atención sanitaria. La tecnología ya está disponible, estamos ya en el proceso real de implantación y veremos una rápida consolidación y madurez que generará importantes beneficios ■









Las farmacias  
urbanas y rurales  
comparten  
problemas,  
pero necesitan  
un marco legislativo  
diferenciado

Textos y fotos  Eva Fariña



## COLOQUIOS EL MÉDICO

Las farmacias urbanas y rurales comparten problemas, pero necesitan un marco legislativo diferenciado

Recientemente, AULA DE LA FARMACIA, publicación de Grupo SANED, celebraba el coloquio ‘Farmacia urbana y farmacia rural: un mismo agente y dos realidades diferentes’, que recogemos, por su interés, en esta edición de EL MÉDICO

Las farmacias urbanas y rurales comparten problemas, pero también necesitan un marco legislativo diferenciado, como se ha puesto de manifiesto en el coloquio ‘Farmacia urbana y farmacia rural: un mismo agente y dos realidades diferentes’, organizado por AULA DE LA FARMACIA, de Grupo SANED.

Entre otras problemáticas comunes, los expertos han mencionado los márgenes en dispensación y sustitución, así como los desabastecimientos o los retrasos en las consultas de Atención Primaria. También se han referido a que, en general, el sistema sanitario español favorece a la Farmacia hospitalaria vs comunitaria. Otro de los problemas que comparten las farmacias, en general, es el de la falta de interoperabilidad entre los diferentes sistemas informáticos de las comunidades autónomas.

### Representantes de la Farmacia en España

Los participantes en el coloquio han sido **Elena Amaro**, responsable de Relaciones Institucionales de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR); **Óscar López Moreno**, vicepresidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM); **Luis de Palacio**, presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE); **Juan Uriarte**, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia y presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos del País Vasco, e **Igor Pinedo**, Legal Director en despacho de abogados internacional DAC Beachcroft.

Durante el encuentro, los asistentes han comentado que desconocían a priori el acuerdo suscrito entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) y el Ministerio de Sanidad en Briñas (La Rioja). A falta de conocer los térmi-

nos del Programa de la Farmacia Comunitaria Rural, los ponentes han confiado en que mejore el desarrollo de los servicios asistenciales prestados por las farmacias comunitarias.

### Problemáticas comunes

**Juan Uriarte** ha hablado de las “problemáticas comunes” en los entornos rurales y urbanos: “Todas las farmacias son iguales para mí, tanto las rurales como las urbanas, pero las características de cada una hacen que los servicios que puedan dar sean diferentes; por tanto, su actividad económica también es distinta”.

“Somos un interlocutor social a diferentes niveles”, ha comentado el representante de los colegios vascos, en relación con los propios pacientes, sus familiares, los centros de salud y otros agentes sanitarios.

### Atención farmacéutica domiciliaria

**Elena Amaro** se ha referido a los cambios recientes en el ámbito legislativo, y ha mostrado la necesidad de mejorar la Ley de Garantías. “Debemos regular la atención farmacéutica domiciliaria, así como la dispensación con entrega informada a domicilio”, algo que ya se ha aprobado en algunas comunidades autónomas, como Madrid y Castilla-La Mancha.

“La farmacia rural no puede trabajar sin la atención farmacéutica domiciliaria, es imposible. Los pueblos están aislados, hay mucha gente mayor, y el único acceso al medicamento es que se lo lleven a casa”, ha indicado.

### Farmacias de viabilidad económica comprometida

En cuanto a la farmacia rural, también ha mencionado el Real Decreto 997/2022, de 29 de noviembre, por el que se modifica el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

Esta reforma aumenta la cuantía de las ayudas a las farmacias de viabilidad económica comprometida (VEC). “Y más importante que esta mejora es que la Administración reconozca cuáles son las farmacias esenciales, ya que

Entre los problemas, destacan los márgenes en dispensación, los desabastecimientos o la falta de interoperabilidad entre CC. AA.

el RD se refiere a las rurales. Es necesario articular muchas más medidas, y a mayor escala”, ha dicho la responsable de Relaciones Institucionales de la SEFAR.

**Juan Uriarte** ha recordado que “existen farmacias urbanas de viabilidad económica comprometida”. Por su lado, **Óscar López Moreno** ha mostrado su desacuerdo con la normativa mencionada. “El RD 997/2022 nos ha sentado bastante mal, porque margina a las VEC urbanas, que son más frecuentes en Madrid que las rurales”, ha dicho el portavoz del Colegio de Farmacéuticos de Madrid. “A las farmacias rurales hay que darles incentivos, pero tampoco pensamos que a las urbanas haya que castigarlas”, ha apuntado.

### Conciliación de la vida personal y laboral

Asimismo, **Elena Amaro** ha dicho que uno de los grandes problemas de la Farmacia



rural es “la conciliación de la vida personal y laboral”, teniendo en cuenta que “la mayoría son mujeres”. “Resulta imposible buscar un sustituto para una baja o para unas vacaciones”, ha añadido. En este aspecto, ha sugerido la posibilidad de contar “con un técnico de Farmacia” para suplir al titular.

### **Asambleas colegiales y formación pre-senciales**

La Farmacia rural también tiene una gran desventaja en el aspecto formativo, si bien a partir de la pandemia se ha mejorado y han aumentado los cursos por internet organizados por los colegios oficiales de farmacéuticos. Durante la progresiva vuelta a la normalidad, sin embargo, no se han mantenido estos avances, al igual que ocurre con las reuniones informativas. “Se debería hacer una reforma de los estatutos para que las asambleas colegiales sean telemáticas. Yo tengo que recorrer 260 kilómetros para ir a mi colegio”, ha lamentado **Elena Amaro**.

### **Farmacias esenciales o rurales**

En su intervención, **Luis de Palacio** ha comentado que todavía no está bien definido el concepto de ‘farmacia rural’. “¿Depende de su aislamiento, de la población, del tamaño...?”, se ha preguntado.

Según SEFAR, las farmacias “esenciales” son aquellas que atienden a menos de 1.000 habitantes, que se dedican a la agricultura o a la ganadería en su mayor parte. En teoría, la farmacia rural es la que atiende a menos de 20.000 habitantes, si bien en este aspecto los términos no están claramente definidos.

### **Incentivos de promoción profesional**

Para **Luis de Palacio** resulta fundamental “atender a la población en proximidad, pero también hay que dar oxígeno a las personas que ofrecen este servicio”. En este punto, se ha referido a posibles incentivos de promoción profesional. “El gran problema es la falta de sustitución”, ha di-

cho, alineado con las palabras de **Elena Amaro**. “Tenemos que intentar que la farmacia rural siga siendo atractiva, que tenga crecimiento”.

Según su opinión personal, la Ordenación de Madrid es la mejor que existe entre todas las normativas de las comunidades autónomas. “La convocatoria nueva, con una fase previa de traslado, salva los intereses de la Administración de seguir abriendo en zonas de crecimiento, permite dar una salida viable con su traslado a farmacias que ya tenían problemas económicos”, ha comentado el presidente de FEFE.

### **Pago de las guardias obligatorias, entre otros incentivos**

El pago de las guardias obligatorias ha sido un tema defendido por todos los ponentes; en concreto, **Luis de Palacio** ha hablado “del sacrificio personal de los farmacéuticos, sobre todo los rurales, que son los que hacen la mayoría de las guardias”.



## COLOQUIOS EL MÉDICO

Las farmacias urbanas y rurales comparten problemas, pero necesitan un marco legislativo diferenciado



El presidente de FEFE ha comentado que tradicionalmente la guardia ha sido “el principal valor añadido que ha ofrecido el sector farmacéutico español a la sociedad”. “Hace 30 años, cuando no había Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) en la Sanidad pública, las farmacias de guardia trabajaban muchísimo, por lo que esas noches eran rentables frente al sacrificio”.

Las circunstancias, según ha dicho, han variado. El trabajo nocturno tiene implicaciones de Derecho Laboral, con un régimen distinto para los trabajadores, con, incluso, enfermedad laboral asociada al trabajo nocturno. Tiene controles y obligaciones de descanso distintos; sin embargo, los titulares de farmacia están discriminados y maltratados, sin derechos y con obligaciones que incumplen cualquier mínimo del Estatuto de los Trabajadores.

En consecuencia, **Luis de Palacio** ha hablado de “la necesidad de dotar económicamente” estas guardias obligatorias, así como de “poner unos máximos”. “El autónomo tiene que poder descansar, igual que cualquier empleado”, ha indicado. Él dice que “si la Administración abonara las guardias, las iba a racionalizar mucho más, y si no las paga, tienen que dejar de ser obligatorias a la mayor brevedad”.

### Incentivos fiscales

En cuanto a los impuestos, el representante de la patronal ha afirmado que “la farmacia está muy castigada fiscalmente, en general”. “El modelo está muy bien, porque garantiza la responsabilidad del experto al frente de la farmacia, pero castiga fiscalmente a ese profesional que vive, gasta, genera, y tributa en España, y que, además, en los últimos 12-13 años no tie-

ne un crecimiento económico, debido al aumento de los gastos. Y esto es insostenible, por lo que también pedimos incentivos fiscales no solo para la farmacia rural, sino para todo el sector”.

### Dispensación excepcional

**Óscar López Moreno** ha hablado de la Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, de la que ha destacado “el desarrollo de la dispensación excepcional”. “Desde las farmacias llevamos años resolviendo estas situaciones sin ningún tipo de amparo. A partir de ahora en las mesas negociadoras se incluirá la responsabilidad”, ha comentado.

Según una anécdota que ha contado **López Moreno**, aproximadamente el 28 por ciento de los farmacéuticos intentan resolver



por sí mismos un problema puntual para dispensar un medicamento, por ejemplo, un fallo del sistema informático; es decir, adelantan o ‘prestan’ el fármaco a su cliente. En estos casos, “el amparo legal en la actualidad es cero”, ha dicho el portavoz del Colegio de Madrid.

### **Comunicación con el profesional médico**

En consecuencia, **Óscar López Moreno** ha reclamado “herramientas que amparen al farmacéutico y supongan un reconocimiento de su actividad profesional”. Por ejemplo, se ha referido a los recursos tecnológicos y a la comunicación con el médico.

“Las Administraciones deberían reconocer a las farmacias, especialmente en el ámbito rural, como un eje continuador dentro del sistema sanitario en temas como las campañas de vacunación, control de parámetros en pacientes con enfermedades crónicas, cribados, etc.”, ha comentado el vicepresidente del COFM.

### **Responsabilidad del farmacéutico**

**Igor Pinedo** se ha referido a la responsabilidad del farmacéutico cuando dispensa

un fármaco sin la necesaria receta médica, y ha señalado que “asume riesgos porque tiene una justificación legal”. “Estas situaciones crean mucha incertidumbre jurídica precisamente en un sector que está hiperregulado.

“Como abogado me parece fundamental el concepto del consejo farmacéutico, algo que se ha puesto de manifiesto durante la pandemia por el colapso que se produjo en los centros de salud”, ha apuntado.

### **Indicación farmacéutica**

El abogado se ha referido al concepto “indicación farmacéutica”, incorporado por la normativa madrileña. “Es un elemento fundamental para los profesionales de la farmacia, porque el consejo farmacéutico puede tener mucha trascendencia, especialmente en el ámbito rural”, ha añadido.

Asimismo, **Igor Pinedo** se ha referido a la entrega domiciliaria del medicamento. “Madrid le ha puesto un veto a la práctica del delivery”, ha dicho. También ha comentado sentencias recientes de los tribunales que “distinguen muy bien entre dispensación y entrega”. La clave, según ha dicho, es la formación

e información que aporta el profesional farmacéutico.

### **Interoperabilidad de los sistemas informáticos**

La interoperabilidad de los sistemas informáticos de las diferentes comunidades autónomas ha sido uno de los temas destacados por Elena Amaro. Este problema se pone de manifiesto, especialmente, cuando en fechas de vacaciones la gente cambia las grandes ciudades por los pueblos o localidades más pequeñas de la misma o de otra autonomía. “Los sistemas no son interoperables, no se puede ver casi nada de la información de otras comunidades”, ha criticado.

En este punto, **Luis de Palacio** ha valorado las ventajas de los desarrollos de empresas privadas: “La receta electrónica privada tiene un desarrollo homogéneo que no depende de las distintas comunidades autónomas. Van surgiendo distintas iniciativas, y por la competencia y las preferencias de los usuarios, que son los profesionales sanitarios, se imponen las soluciones mejores en seguridad y usabilidad. No hay problema alguno con la interoperabilidad aquí, y las administraciones podrían aprovecharlo” ■

## **CONCLUSIONES DEL COLOQUIO**

### **“Necesitamos un marco legislativo diferenciado”**

**Elena Amaro**, responsable de Relaciones Institucionales de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)

Las farmacias rurales y las farmacias urbanas no somos iguales porque no hacemos el mismo trabajo. Ambas necesitamos un marco legislativo no diferente, pero sí diferenciado. Es distinta la atención domiciliaria, por ejemplo.

Respecto a los botiquines, no estoy de acuerdo con que suplan a una farmacia. Tampoco me parece bien que las farmacias VEC no puedan entrar en un concurso de la Administración Pública, como ocurre en Castilla-La Mancha.

### **“La farmacia rural tiene mucho margen de mejora”**

**Juan Uriarte**, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia y presidente del Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos del País Vasco.

En el ámbito de la educación sanitaria, promoción y prevención de la salud, es necesario impulsar iniciativas para la prevención del suicidio o para atender a las personas en soledad no deseada. En el medio rural, especialmente envejecido, se pueden hacer grandes mejoras.

Las farmacias de pueblo pueden prestar servicios profesionales farmacéuticos asistenciales. Se deben crear nuevas concertaciones para desarrollar actuaciones que pueden servir también para los entornos urbanos.





## COLOQUIOS EL MÉDICO

# Las farmacias urbanas y rurales comparten problemas, pero necesitan un marco legislativo diferenciado



Veo la farmacia como un elemento integrador y también como una entidad interlocutora, así como una herramienta para la cohesión social. Se debe reforzar esa coordinación efectiva que tenemos con la Administración, tanto territorial como sanitaria.

Debemos plantear la posibilidad de firmar acuerdos marco para impulsar la Atención Primaria con la participación de la Farmacia comunitaria. De esta manera, podemos establecer también servicios asistenciales profesionales farmacéuticos, de salud pública o sistemas de vigilancia. El objetivo es mantener la actividad de estas farmacias con problemas de sostenibilidad, y que son tan necesarias, tanto urbanas como rurales, a través de remuneraciones o de incentivos fiscales, por ejemplo.

### “La atención domiciliaria es fundamental en el entorno rurala”

**Óscar López Moreno**, vicepresidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM).

En materia legislativa hemos avanzado bastante durante los últimos años, y la Ley de Ordenación Farmacéutica de Madrid es un ejemplo. En el futuro es necesario realizar los necesarios desarrollos reglamentarios. Para ello, los interlocutores debemos hacer un gran esfuerzo para que la Administración sea consciente de nuestra realidad. Por otro lado, en el entorno rural es fundamental tratar de mantener a la población en su domicilio. Además, en el barrio de la gran ciudad también tenemos el reto de atender a esa población mayor, vulnerable, en las mejores condiciones posibles.

### “Debemos conocer las necesidades del profesional”

**Igor Pinedo**, Legal Director en despacho de abogados internacional DAC Beachcroft.

Desde el punto de vista jurídico, creo que es fundamental escuchar a los profesionales para conocer las necesidades del sector, las demandas y los elementos diferenciadores de la oficina de farmacia del ámbito rural. La esencia y la finalidad última que persigue una norma es dar seguridad jurídica a aquellos agentes involucrados. El profesional tiene que saber qué es lo que se puede y no se puede hacer. Efectivamente, como se ha dicho en este coloquio, hay connotaciones y circunstancias que también se deben tener en cuenta después de aprobar una norma legislativa.

Respecto a las nuevas tecnologías, se deben regular para facilitar la labor y mejorar la atención farmacéutica en los entornos rurales.

### “La prestación farmacéutica más eficiente la hace la oficina de farmacia de proximidad”

**Luis de Palacio**, presidente de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE).

En materia de avances de legislación, está pendiente la definición de farmacia ‘rural’, así como la mejora de los criterios de ordenación, que deben ser homogéneos. Mi propuesta es que las soluciones sean similares a las de Madrid.

En legislación general básica tenemos que mejorar la gestión de los temas de sustitución, los síntomas menores, los cribados y la vacunación. Son asuntos de salud pública de muy baja complejidad, y seguimos siendo ‘vagón de cola’ en estos temas.

FEFE propone el pago de las guardias obligatorias, que es una medida fundamental que podría resolver muchísimos problemas. Incluso, si el pago supone el final de las guardias obligatorias, supondría una mejora para el modo de vida de los profesionales del entorno rural, porque se les liberaría.

Por otro lado, pediría que no se hicieran dobles raseros profesionales. Nosotros abogamos por los máximos estándares, que son los que nos impone la regulación a las oficinas de farmacia. En las farmacias, el farmacéutico debe realizar materialmente todo lo relacionado con el medicamento. Si en centros sociosanitarios o en hospitales se empieza a permitir a profesionales de menor categoría intervenir en las preparaciones o entregas de paquetería, se rebajan las garantías que nosotros cumplimos.

En consecuencia, hay que evitar entregas despersonalizadas de medicamentos mediante paquetería aunque haya consulta virtual, cuando existe la opción de hacer dispensación por parte del farmacéutico. La prestación farmacéutica más eficiente es de la oficina de farmacia de proximidad.

Por ello, respecto a la medicación que se autoadministra en domicilio, dispensada a pacientes ambulantes exclusivamente en hospitales, reclamamos para los pacientes que también puedan acudir a las farmacias de su conveniencia para que puedan recibir una prestación completa, incluidos esos medicamentos.

Con tu ayuda puedes hacer sus sueños realidad

**¡APADRINA!**

Colabora con 70 céntimos al día para cambiar la vida de cientos de personas.









# APDAY 2023: la consolidación del programa de formación de **semFYC**

APDAY 2023 supone la consolidación de este programa de formación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) dirigido a médicos de Atención Primaria. Al igual que en las ediciones anteriores, ofrece actualizaciones aplicables en la práctica clínica diaria, pero también aborda otros temas relacionados con la gestión y la innovación. Los directores de este proyecto son David de la Rosa y José María Molero, quienes explican para EL MÉDICO las líneas principales de esta iniciativa.

Texto | Eva Fariña

Fotos | semFYC



## REPORTAJE

# APDAY 2023: la consolidación del programa de formación de semFYC



José María Molero, coordinador científico del programa APDAY; Remedios Martín, presidenta de semFYC; Almudena Quintana, gerente de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, y Alberto Cotillas, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

**A**PDAY, formación al día en Atención Primaria, es un programa de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), dirigido a médicos de Atención Primaria, que ofrece en ciclos de tres años actualizaciones aplicables a la práctica clínica diaria. Los directores de este proyecto son David de la Rosa y José María Molero.

Su formato es híbrido, con una parte presencial que se celebra en diversas provincias españolas, mientras que otra parte del contenido formativo se puede realizar por internet.

Entre los temas clínicos del programa, como destaca José María Molero, están la atención a la mujer, la salud comunitaria, el paciente con enfermedad terminal, etc. Y entre las competencias no clínicas destacan temas como la entrevista clínica, el empleo de tecnología y la organización de las actividades clínico-administrativas, es-

pecialmente propuestas para reducir la burocracia en la consulta.

En 2023, las principales novedades, según José María Molero, se registran en temas como la enfermedad de Parkinson, el acné o el manejo clínico de la enfermedad del hígado graso no alcohólico. También se aborda la detección, prevención y manejo de la infección por VIH, así como la utilización de fármacos durante el embarazo y la lactancia o el abordaje clínico de la menopausia.

Además, se analiza el uso de la ecografía o la dermatoscopia en el centro de salud. “Son herramientas de tecnología que se están imponiendo en este momento para su uso generalizado en los centros de salud”, señala.

Igualmente, se incorpora el tema de la actuación del médico de familia ante las clasificadas como enfermedades raras. En

este sentido, el médico de familia es siempre “el primer eslabón de la cadena”, como dice Molero, por lo que su formación en este tipo de patologías poco frecuentes es fundamental para su detección.

La revisión de los déficit vitamínicos de interés clínico y de las dietas para la obesidad son temas de gran interés en la actualidad que se abordan también en la edición de 2023.

### La comunicación con el paciente

En cuanto a la parte no clínica, se han actualizado temas como la comunicación con el paciente adulto y sus familiares en situación de últimos días, y la atención comunitaria.

Para 2023, entre otras novedades, APDAY también incluye formación para el médico de familia que atiende a pacientes mayores con trastornos del comportamiento,

confusión, agitación, etc. “Estas situaciones son muy frecuentes en personas que tienen un deterioro cognitivo, como la demencia, pero también pueden surgir por otro tipo de problemáticas”, indica José María Molero.

### **Futuro proceso de recertificación**

“La concepción inicial del programa APDAY surge en paralelo al proceso de recertificación de los médicos de Atención Primaria”, explica David de la Rosa, quien añade que todavía no está completamente desarrollado, pero sí en proceso. “Nuestro objetivo cada año es revisar al menos 30 temas en base a las competencias profesionales de los médicos de nuestra especialidad”.

Los temas abordados son de “gran impacto” en la práctica clínica asistencial por diversos motivos, ya sea porque son patologías frecuentes, ya porque afectan a un gran número de pacientes o bien porque el desarrollo científico es mucho mayor en los últimos años.

“Todos los años actualizamos los contenidos, pero hay temas que se mantienen, como los factores de riesgo cardiovascular, la diabetes, la insuficiencia cardiaca, etc. Precisamente son enfermedades con un gran impacto en la práctica asistencial y tienen un mayor desarrollo de evidencias”, comenta De la Rosa.

### **Perfil del profesional**

Respecto al perfil del profesional que se inscribe en APDAY, se trata de un médico de familia que desarrolla su práctica asistencial en el centro de Atención Primaria, como indica David de la Rosa. “En general, el profesional clínico es el que más se va a beneficiar”, comenta el director del curso.

En concreto, se refiere a los profesionales que ya llevan unos años trabajando, porque el programa se basa en la actualización de los contenidos. “Se trata de llevar las últimas evidencias a la práctica clínica,

## **MÁS PRESUPUESTO Y MENOS BUROCRACIA**

En una de las jornadas presenciales del programa APDAY, celebrada este año en Madrid, la sociedad científica aprovechó la ocasión para reclamar “un nuevo modelo de Atención Primaria con más presupuesto”. Remedios Martín, presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), participó en la inauguración del Seminario APDAY Madrid 2023, en un acto en el que también intervino Almudena Quintana, gerente de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (Sermas).

### **Menos burocracia**

Remedios Martín habló del “compromiso adquirido por los médicos de familia”. “Siempre trabajaremos bien, porque los médicos de este país somos buenos profesionales y nos caracterizamos por la calidad. A nuestros jóvenes se los rifan fuera, y también en los hospitales. Eso significa que estamos bien formados y tenemos buenas competencias”, dijo la presidenta de semFYC.

Uno de los mayores valores de Atención Primaria es tener una buena capacidad resolutive, como recordó. Además, en las jornadas presenciales se demuestra “el compromiso de los médicos por recibir formación y por ser buenos profesionales. Nuestro objetivo es acompañar al paciente, pero también conseguir que el sistema sea sostenible, y eso requiere tener capacidad resolutive”.

### **Políticas públicas potentes**

La presidenta pidió ante la gerente de Atención Primaria de Madrid que las “políticas públicas sean potentes”, y, sobre todo, “apostar por una Atención Primaria fuerte y basada en el valor”. “Este es el modelo que semFYC reclama y por el que vamos a batallar. Es necesario dar un giro de 180° para que se desburocraticen nuestras consultas, para que hagamos prácticas de valor y para que las competencias de todos los profesionales que trabajamos en Primaria alcancen el máximo nivel posible”.

La longitudinalidad y la accesibilidad deben ser los ejes principales de ese nuevo modelo, según Remedios Martín. “El especialista en Medicina Familiar y Comunitaria debería poder autogestionar sus consultas según criterios clínicos y conforme a su capacidad de resolución, desarrollo competencial y excelencia en la práctica clínica”.

### **Carácter científico**

José María Molero, por su parte, incidió en el perfil científico del Seminario presencial APDAY Madrid 2023. “Se trata de un proyecto consolidado, y en esta quinta edición hemos hecho un gran esfuerzo para mantener su carácter presencial, si bien también hay mucho contenido que se puede hacer por internet de forma individual a lo largo de todo el año”.

“El objetivo es abordar las novedades en las habilidades y las competencias que el médico de familia debe tener dentro de su especialidad”, añadió el responsable del programa científico.



## REPORTAJE

# APDAY 2023: la consolidación del programa de formación de semFYC

así que, en general, cualquier médico va a conseguir resultados favorables para su labor asistencial”, añade David de la Rosa.

Por su lado, José María Molero destaca también la asistencia a las jornadas presenciales de los médicos asistenciales y de tutores de residentes de la especialidad en Medicina de Familia. “A través de los convenios con las diferentes consejerías autonómicas de salud, les facilitamos la inscripción al curso. Entendemos que los tutores también tienen necesidad de formarse y mantenerse actualizados en las últimas novedades científicas, para trasladar este conocimiento a los residentes”.

### Carrera profesional

Como se ha dicho, el curso está diseñado con la idea de facilitar el proceso de recertificación al médico de familia. Además, desde el punto de vista de la carrera profesional, es un curso acreditado. “Nuestro ciclo de revisión de temas es cada tres años, pero el ciclo de acreditación es anual, y el programa está acreditado por bloques. La actividad presencial tiene también una acreditación específica”, puntualiza José María Molero.

Así, por un lado se puede conseguir la acreditación por asistir a la jornada presencial, pero también se puede completar el programa por internet. Cada año se pueden obtener entre 11 y 13 créditos de formación continuada (CFC). Al final, el objetivo del médico es poder trasladar a la práctica asistencial las últimas novedades científicas, según indican ambos directores.

“Los temas los desarrollan los grupos de trabajo de la semFYC, que son los que mejor conocen las novedades, y APDAY es el medio que traslada todo ese contenido al facultativo”, apunta De la Rosa.

### Gestión e innovación

Dentro de APDAY se incluyen competencias no clínicas, como indica David de la Rosa. En el ámbito de la gestión, se aborda,



Ceciliano Franco, director gerente del Servicio Extremeño de Salud; Marta Corraliza, presidenta de SemFycEx; José María Vergeles, consejero de Sanidad y Servicios Sociales de Extremadura, y José María Molero, coordinador científico del programa APDAY.

## APDAY EN DATOS

- Cerca de 4.000 médicos se inscribieron en el programa *online* correspondiente al periodo lectivo de 2022.
- Casi 2.000 facultativos asistieron a los seminarios presenciales celebrados en varias ciudades españolas, como Madrid, Salamanca, Palma de Mallorca, Vigo, Mérida, Toledo, Gijón, Alicante, Tarragona, Zaragoza y Sevilla.
- La revisión está formada por 38 capítulos con contenido científico de las 22 competencias de la especialidad.
- En concreto, el seminario presencial APDAY Madrid 2023 consistió en 6,5 horas lectivas, con 0,8 créditos de formación continuada.
- Para poder obtener el diploma de acreditación es necesario superar el 80 por ciento de las respuestas.
- El médico dispone de 90 minutos para contestar las preguntas del examen y dos intentos.

por ejemplo, la reducción de la burocracia en la consulta.

“Todos estos temas también forman parte de las competencias profesionales de los facultativos”, apunta. “Reducir la burocracia es una labor que debemos hacer todas las partes implicadas en la atención del paciente de Primaria”, añade.

En la misma línea, José María Molero recuerda que ya en 2022 se incluyeron temas

como la comunicación con el paciente y la gestión de la burocracia. “Vivimos un momento clave por la transformación que está atravesando la Atención Primaria. Los médicos debemos desarrollar habilidades para simplificar y agilizar al máximo la actividad administrativa imprescindible, inherente a nuestra actividad asistencial como médicos de familia”, explica José María Molero.

Asimismo, está previsto añadir cuestiones como la gestión de las novedades de inca-



pacidad laboral o situaciones de alto contenido ético y emocional, como la eutanasia, las últimas voluntades, etc.

### Ficha de teleconsulta

Respecto a la innovación, una de las novedades de la edición 2023 es la referida a la telemedicina. “Todos los temas tienen una ficha de teleconsulta que han realizado los autores pertenecientes a los Grupos de Trabajo de la semFYC. La ficha incluye una serie de preguntas básicas en relación con el tema desarrollado para hacer al paciente en una consulta telefónica”.

Gracias a estas preguntas, el médico puede detectar por teléfono signos de alarma. También puede saber cuándo debe realizar una valoración presencial o, incluso, determinar si el paciente necesita una valoración urgente.

### Ciclo 2022-2024

El ciclo 2022-2024 incluye nuevos capítulos, pero también mantiene otros revisados y actualizados. En total, se abordan 22 competencias clínicas y no clínicas, divididas en unos 90 capítulos. Los contenidos se elaboran en los grupos de trabajo de la semFYC, y también participan otros expertos.

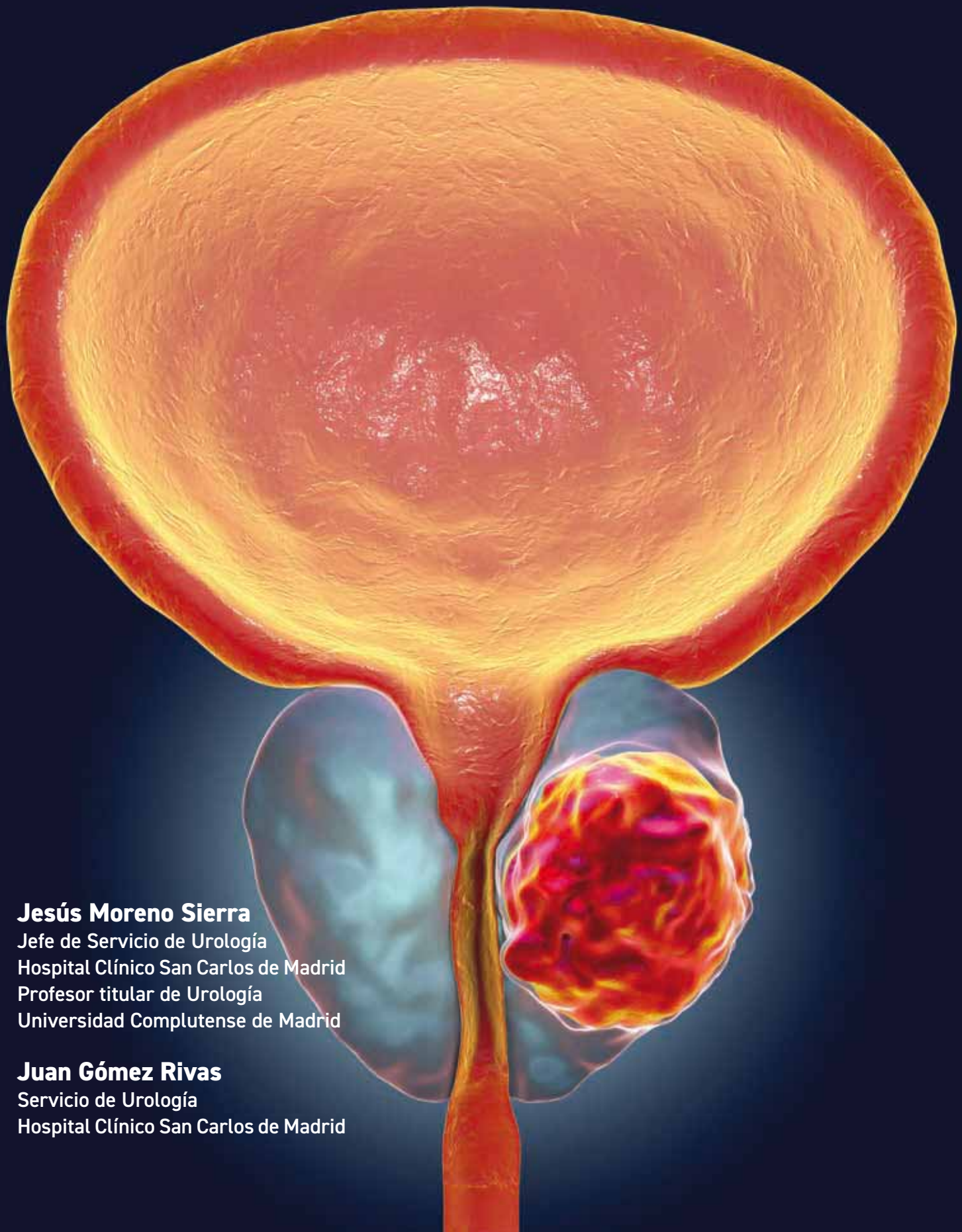
El programa cuenta con la acreditación del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, concedida para cada uno de los bloques. Al finalizar el programa, el alumnado recibe un certificado o diploma de Acreditación de Formación Continuada.

Finalmente, ambos directores recuerdan que APDAY cuenta con financiación externa en las sesiones presenciales. No obstante, las aportaciones de empresas “no condicionan la independencia científica del proyecto”, que se ajusta al Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica ■

## COMPETENCIAS CLÍNICAS Y NO CLÍNICAS

El periodo lectivo del Programa Formativo online APDAY abarca del 28 de febrero de 2023 al 15 de enero de 2024. Los temas de los bloques VII y VIII se publicarán durante el verano de 2023. Y estos son algunos de los temas que se han tratado en los bloques anteriores, que abarcan mayoritariamente competencias clínicas, pero también no clínicas:

- **Competencias no clínicas:** la comunicación con el paciente y sus familiares en el adulto en situación de últimos días; ¿cómo participar en un programa de Atención Comunitaria sin desfallecer en el intento?; la ecografía, ¿por qué sí y para qué más?; la adherencia terapéutica, un viejo problema transversal en la práctica clínica.; actividades clínico-administrativas, ¿cómo reducir la burocracia en la consulta?
- **Atención a la mujer:** actualización en el abordaje de la menopausia, novedades en el uso de fármacos y otras terapias durante el embarazo y la lactancia; sexo y género, ¿importan?
- **Problemas del niño y el adolescente:** ¿cómo actuar ante un niño gravemente enfermo?, ¿qué dice la evidencia científica actual?
- **Atención a las personas mayores:** detección y manejo de la fragilidad, evidencia consistente para implantarla en Atención Primaria de forma extensa e intensa.
- **Problemas musculoesqueléticos:** ecografía clínica musculoesquelética, ¿puede mejorar el abordaje del hombro, la rodilla, el pie y el síndrome del túnel carpiano?; ¿y qué ocurre con los AINE/coxibs y su correcta prescripción?
- **Problemas del sistema nervioso:** pérdida de consciencia transitoria, ¿cuál es la actuación más adecuada?; sospecha diagnóstica, criterios de derivación y manejo terapéutico en la enfermedad del Parkinson.
- **Problemas de la piel y el tejido subcutáneo:** acné, presente y futuro; vivir con psoriasis.
- **Factores de riesgo cardiovascular:** personas con fibrilación auricular no valvular y tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa una década después; ¿qué ha cambiado en el abordaje del paciente con insuficiencia cardíaca?; ¿dispondremos de terapias nuevas para controlar el c-LDL?
- **Problemas de la función renal y de las vías urinarias:** ¿algo nuevo en enfermedad renal crónica?; actualización en vejiga hiperactiva.
- **Problemas de la nutrición y endocrinometabólicos:** actualización sobre obesidad en Atención Primaria; la diabetes en 2022, eje cardiorenal y obesidad.
- **Problemas respiratorios:** reconociendo la EPOC en Atención Primaria; atrevete a manejar el asma.
- **Problemas infecciosos:** actualización en herpes zóster.
- **Problemas de la conducta, relación y salud mental:** insomnio, un sueño a tu alcance; ¿qué hay de nuevo en el tratamiento de los trastornos de ánimo?; abordaje de la esquizofrenia y otras psicosis desde Atención Primaria.



**Jesús Moreno Sierra**

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid  
Profesor titular de Urología  
Universidad Complutense de Madrid

**Juan Gómez Rivas**

Servicio de Urología  
Hospital Clínico San Carlos de Madrid



PROYECTO **MARSENSE**

# MANEJO del caRcinoma de próstata hormono-SENSible en España

El cáncer de próstata (CaP) es el segundo más frecuente en los hombres a nivel mundial<sup>1</sup> y se estima que doblará en los próximos 20 años<sup>2</sup>. Optimizar la práctica clínica se traduce en una mejora de la calidad de vida de los pacientes y en una disminución del consumo de servicios.



El estudio MARSENSE es un proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado, diseñado con el objetivo de estudiar el manejo del cáncer de próstata hormono-sensible (CPHS) en consultas de Urología y de Oncología radioterápica de España.

Para este proyecto se ha contado con la coordinación científica del Dr. Jesús Moreno Sierra y del Dr. Juan Gómez Rivas del Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

En total participaron 743 especialistas, urólogos y oncólogos radioterapeutas, que ejercían su labor en todo el territorio nacional y que cumplimentaron un cuestionario online, desarrollado ad hoc, que incluía datos del investigador, del centro y de la consulta, diagnóstico del CPHS, manejo terapéutico del CPHS, seguimiento del paciente con CPHS y factores que comprometen la calidad de vida del paciente con CPHS.

**No existe consenso sobre las indicaciones del cribado del cáncer de próstata**

### Guías clínicas y diagnóstico del CPHS

Casi todos los encuestados afirmaron utilizar las guías de tratamiento, y de ellos, el 83% tenían como referencia la guía de la Asociación Europea de Urología.

El inicio del manejo del CaP pasa por una buena estrategia diagnóstica. La mayoría de los especialistas manifestaron usar pruebas de cribado del CaP, pero no hay consenso sobre si el cribado reduce la mortalidad por CaP a expensas de un sobrediagnóstico y un sobretratamiento (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de participantes en función de su grado de acuerdo con la afirmación. N = 743

**Indique su grado de acuerdo con la afirmación: El cribado del cáncer de próstata reduce la mortalidad por cáncer de próstata a expensas de un sobrediagnóstico y un sobretratamiento por lo que no está recomendado.**

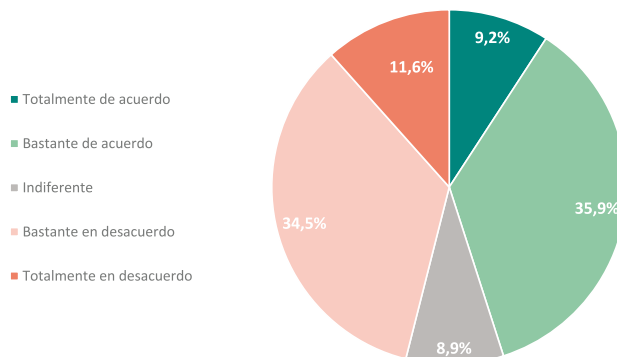
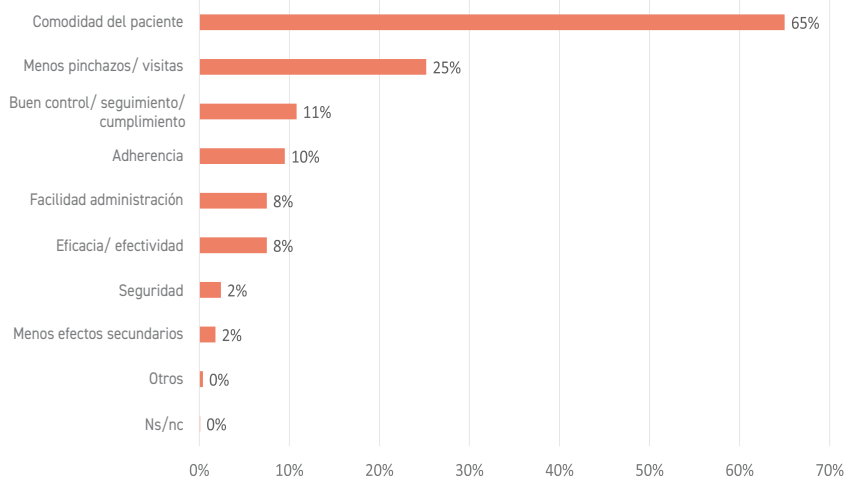


Figura 2. Porcentaje de participantes en función del motivo por el que consideraba ventajosa la presentación semestral. Multirrespuesta. N=702

**¿Por qué considera ventajosa la presentación semestral?**



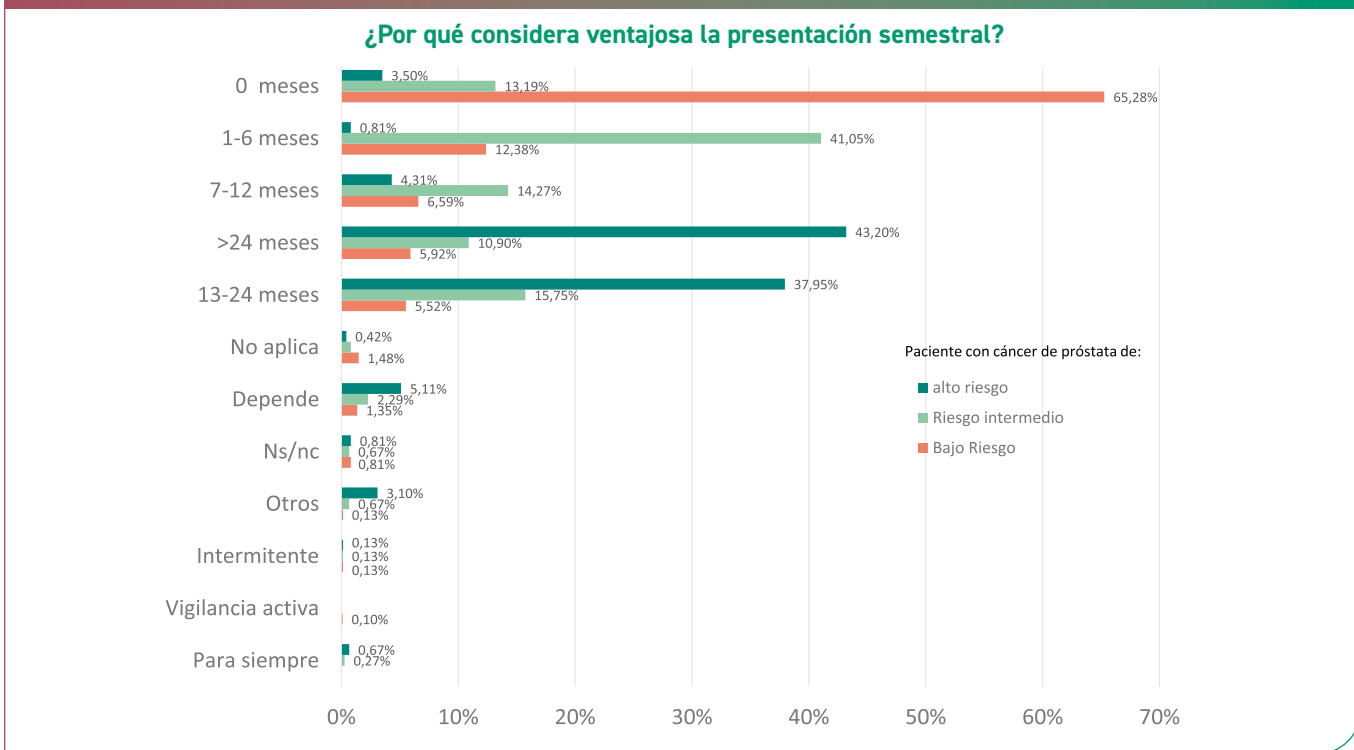
### Tratamiento del CPHS

El CaP es un tumor dependiente de andrógenos y en la práctica clínica, el uso de agonistas de la LHRH era el tratamiento preferido por casi todos los encuestados (97%) para lograr niveles de testosterona en rango de castración, seguido de los antiandrógenos (86%).

Los agonistas de la LHRH de acción prolongada se administran en forma de inyecciones de depósito. Al preguntar por la forma de administración, la mayoría de los encuestados prefería la administración semestral y por vía subcutánea, por las ventajas que ofrecen en cuanto a la comodidad (menos visitas y menos pinchazos), y mejor control, adherencia



**Figura 3. Porcentaje de participantes en función del tiempo que mantenían la terapia hormonal, estratificado por riesgo del cáncer de próstata. N=743**



**La comodidad del paciente es el principal motivo para elegir la pauta semestral del agonista de LHRH**

y tolerancia (menos problemas locales) (Figura 2).

La duración de la terapia depende del nivel de riesgo, la mayoría de los participantes no utilizaba la terapia hormonal en pacientes con CaP de bajo riesgo, el 41% la mantenían de 1 a 6 meses para pacientes con CaP de riesgo medio y el 43% más de 2 años en pacientes con CaP de alto riesgo (Figura 3).

Las recomendaciones de seguimiento se basan en determinaciones periódicas de

PSA y testosterona. La mayoría de los especialistas (96%) consideraban el PSA un marcador clave y pronóstico. La frecuencia media de las mediciones variaba según el nivel de riesgo, desde los 7,1 meses para el CaP de bajo riesgo hasta los 4 meses para el CaP metastásico

A pesar de los tratamientos locales, entre un 30 y un 50% de pacientes tendrán una recidiva bioquímica<sup>3</sup>. Siguiendo las directrices de las guías de práctica clínica<sup>4,5</sup>, la mayoría de los encuestados (89%) disponía de pruebas de imagen de nueva generación (PET-colina) para el manejo de la recidiva, la utilización del PET-PSMA era menos común.

Para el tratamiento de la recidiva, bien sea local, ganglionar pélvica u oligometastásica, la mayoría de los facultativos optarían por la combinación de terapia hormonal y radioterapia, mientras que, ante una recidiva metastásica, la primera elección sería terapia hormonal.

La terapia hormonal tiene un impacto negativo en el metabolismo de los lípidos, la glucosa, los músculos y los huesos, lo que da lugar a una gran variedad de acontecimientos adversos, como la obesidad, el síndrome metabólico, la osteoporosis, la sarcopenia, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la ginecomastia y la disfunción sexual<sup>6,7</sup>, que pueden tener un impacto significativo en la salud y la calidad de vida.

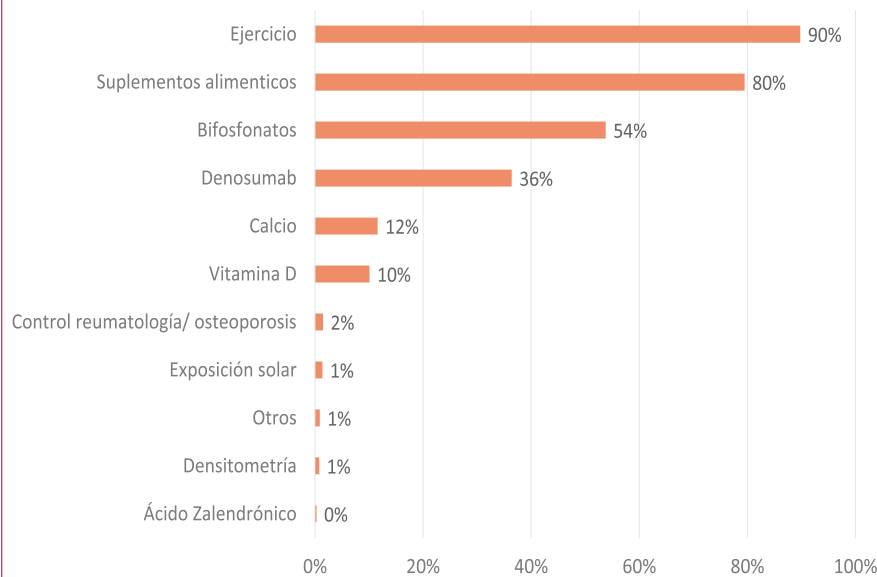
En línea con las recomendaciones de las guías<sup>8</sup>, casi el total de los encuestados asesoraba a los pacientes sobre su estilo de vida (96%), y realizaba recomendaciones para la protección ósea (88%) y la protección cardiovascular (67%).

La mayoría de los especialistas consideraba que la mayor afectación del diagnóstico y tratamiento del CPHS era la disfunción sexual (Figura 4) ■



Figura 4. Porcentaje de participantes en función de las recomendaciones o protocolos para la protección ósea que realizaba. Multirrespuesta. N=654

### ¿Realiza recomendaciones o sigue algún protocolo para protección ósea en pacientes tratados con terapia hormonal?




## CONCLUSIONES

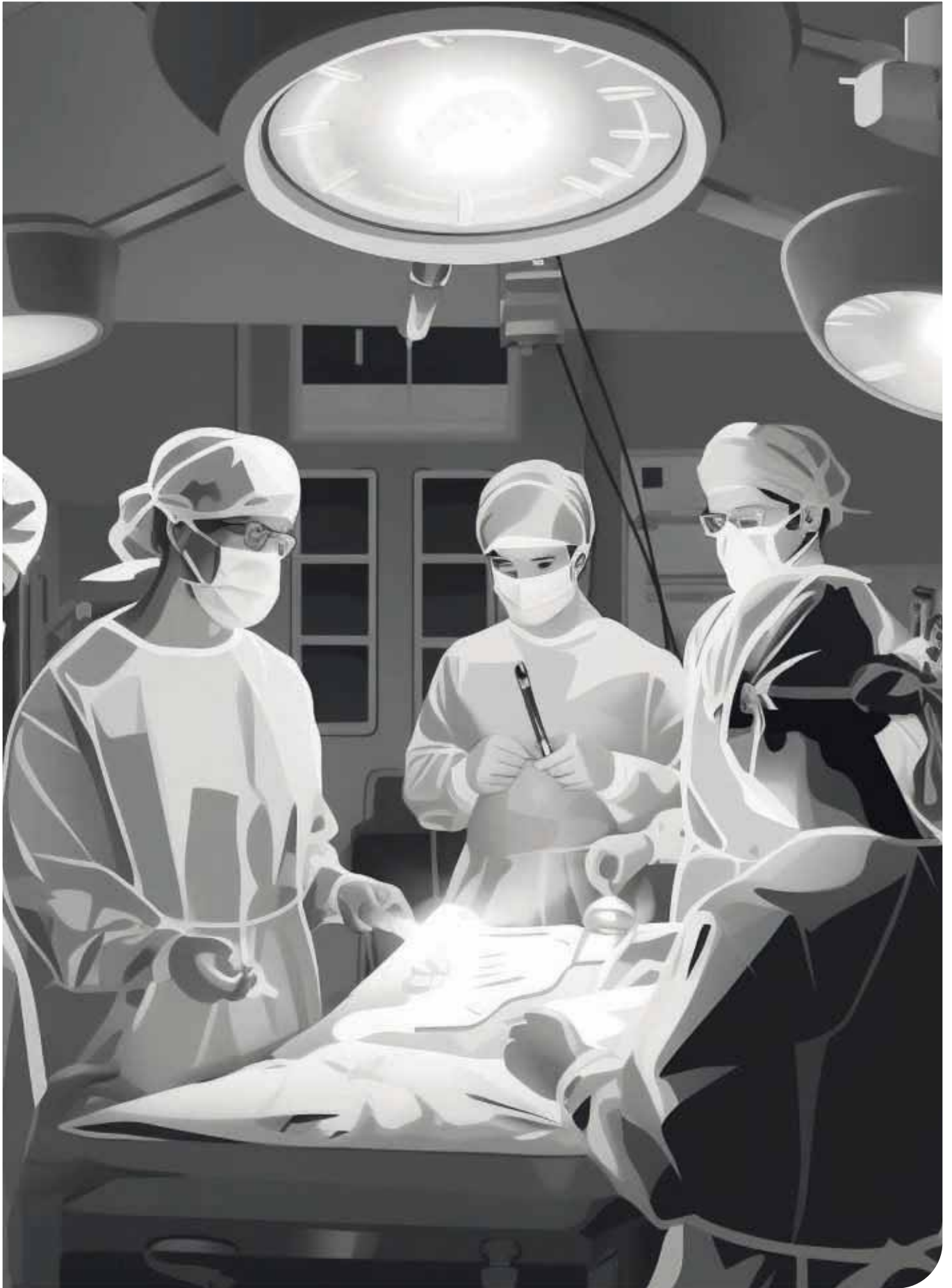
- ✓ Este estudio demuestra que en ocasiones los patrones de práctica clínica no van en sintonía con las guías clínicas de referencia.
- ✓ Los análogos de LHRH se utilizan ampliamente en el CaP en su etapa localizada, avanzada y metastásica en combinación con nuevos tratamientos como la quimioterapia y nuevos agentes hormonales, por lo que es obligado que todos los especialistas involucrados en el manejo de esta enfermedad tengan un conocimiento exhaustivo de su indicación, posología y efectos adversos.
- ✓ Las instituciones deben abogar por identificar los motivos de falta de adherencia a los protocolos de manejo existentes y crear programas formativos, con el fin de optimizar la atención a los pacientes.

## Bibliografía

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68:394-424.
2. Noone A.M. *Cancer Statistics Review 1975-2015*. National Cancer Institute; Bethesda, MD, USA: 2017.
3. Preisser F, Abrams-Pompe RS, Stelwagen PJ, Böhmer D, Zattoni F, Magli A, et al. EAU BCR risk classification as decision tool for salvage radiotherapy? A multicenter study. *Eur Urol* [Internet]. 2021 Jun 1;79:S1659-60. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0302-2838\(21\)01548-7](https://doi.org/10.1016/S0302-2838(21)01548-7).
4. (No Title) [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG-Guidelines-on-Prostate-Cancer-2021V3.pdf>
5. Guidelines Detail [Internet]. [cited 2022 Mar 25]. Available from: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=1&id=1459>
6. Álvarez-Maestro M, Eguibar A, Chanca P, Klett-Mingo M, Gómez Rivas J, Buño-Soto A, et al. Androgen Deprivation Therapy in Patients With Prostate Cancer Increases Serum Levels of Thromboxane A 2: Cardiovascular Implications. *Front Cardiovasc Med* [Internet]. 2021 Apr 13 [cited 2022 Mar 25];8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928136/>
7. Gómez Rivas J, Fernandez L, Moreno-Sierra J. Optimising the management of bone related effects of androgen deprivation therapy in prostate cancer in the non-castration resistant scenario. *Actas Urol Esp.* 2022.
8. Shapiro CL, Van Poznak C, Lacchetti C, Kirshner J, Eastell R, Gagel R, et al. Management of Osteoporosis in Survivors of Adult Cancers With Nonmetastatic Disease: ASCO Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 25];37(31):2916-46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31532726/>



coloquios  
*El Médico*







# El quirófano

**Autor** | Dr. Ángel Rodríguez Cabezas  
Asociación Española de Médicos  
Escritores y Artistas.  
Sociedad Española de Historia  
de la Medicina

**Fotos** | Diario ABC y EL MÉDICO



Antes de la operación. Salón 1887. Aguafuerte. Bibl. Nac. Madrid.

La historia de la cirugía supone, a lo largo del tiempo, una especie de carrera de obstáculos, donde la técnica quirúrgica, cada vez más precisa, lucha contra el dolor, la infección y la hemorragia. Uno y otras fueron vencidos finalmente, pero antes de lograrlo los cirujanos buscaron afanosamente un hábitat adecuado donde realizar sus intervenciones.

En una xilografía que ilustra la portada de la obra de Paracelso, *Grosse Wundartzney* (1563), se muestra una sala de operaciones. El cirujano está operando en la cabeza de un paciente. Al fondo, dos camilleros transportan a otro enfermo en parihuelas, mientras otro más entra por el fondo apoyándose en muletas. Puede verse diverso

instrumental quirúrgico, redomas, y, a los pies del cirujano, una gran vasija junto a un perro que observa acostumbrado la escena.

Tras un impulso histórico de tres siglos, quizás lo que el doctor Diego de Argumosa Obregón (1792-1865) afirmaba, en pleno período de la Cirugía del Romanticismo, nos pueda resultar un tanto jocoso, aunque necesario, si se analiza bajo el prisma de la relatividad a la que está sometido todo logro científico. En su primer contacto quirúrgico, en pleno conflicto bélico de la guerra de la Independencia, decía el doctor Argumosa: “El enfermo se debe intervenir en su cama o fuera de ella sobre tablado o mesa. La posición horizontal tiene la ventaja de hacer más tolerable el tormento para

los enfermos, de hacer menos fácil el desmayo y más pronta la disipación de él. El local en que se haya de hacer la operación debe de reconocerse y señalarse con anticipación. En los hospitales no conviene operar en las salas donde se hayan reunido los enfermos, pues, presenciando estos la escena, reciben impresiones poco favorables para la curación de sus enfermedades o se arredran o retraen de las operaciones que necesitan. Conviene operar en una sala o anfiteatro aislado, donde puedan colocarse los espectadores sin dificultar la acción del operador, con buena luz natural”.

En este discurso se introduce por primera vez el concepto de espectáculo, que abarca, en la incumbencia docente, toda actua-

ción quirúrgica, al preocuparse por la buena disposición de los espectadores.

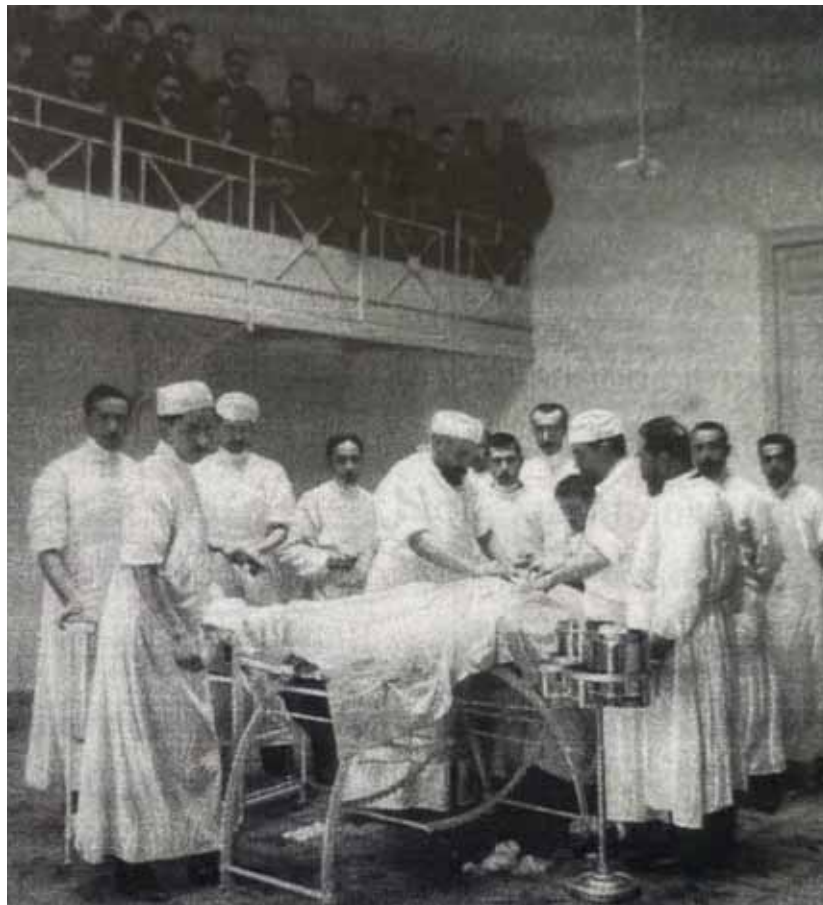
Pronto, el recinto donde se intervenía al enfermo adquirió carácter de exclusividad para este fin, y su nomenclatura especiales peculiaridades, siendo la explicación de estas la intención de este artículo. Un excelente trabajo del profesor Cristóbal Pera (Jano, vol LII nº 1215) me sirve de referencia para cumplir tal propósito.

Es mi intención ahora significar que el vocablo *quirófano*, para designar al lugar del hospital donde se realizan las operaciones, solo se utiliza en España y en algunos países de habla hispana. Los franceses lo llaman *salle d'operations* y los anglosajones *operating room* o *operating theatre*.

Quirófano es voz de origen griego, y el Diccionario Etimológico de Helenismos Españoles, de Crisóstomo Eseverri Hualde (Ed. Aldecoa, 1988) lo define como "recinto encristalado, a través del cual presencian los discípulos las operaciones quirúrgicas". Quirófano: de χείρ, mano, y φαίνω, mostrar.

Pero antes, en 1892, el doctor Andrés del Busto, figura señera de la Medicina española, cirujano, obstetra, higienista, forense y catedrático de San Carlos, fue el creador del neologismo, expresándolo en una memoria que redacta con motivo de la construcción de un quirófano en el Hospital de San Carlos, en Madrid. Dice: "...teniendo que instalar en aquel local el departamento quirúrgico, al que dimos nombre de Quirófano, por entender que este nuevo nombre, formado por dos raíces, que significan cirugía y transparente, representaba bien la idea de poder realizar en él las operaciones de modo que pudieran ser vistas por los discípulos sin hallarse ellos en la misma sala operatoria".

El invento del doctor del Busto fue doble, pues descubrió no solo el vocablo, sino también la disposición de la sala dedicada a operar, que tenía la novedad de contar con un anfiteatro elevado, acristalado y aislado del propio recinto, desde donde los es-



Sala de operaciones del Colegio de San Carlos de Madrid, según la fotografía publicada en el diario ABC el 13 de febrero de 1907.

tudiantes intentaban ver las intervenciones con escaso éxito, ya que desde esa perspectiva era más ilusión que realidad llegar a alcanzar con la vista el campo operatorio.

Esta imagen ha sido llevada al cine en más de una ocasión porque tal estilo arquitectónico en la construcción de los quirófanos se extendió con vocación docente en muchos hospitales, hasta que la tecnología audiovisual a distancia permitió mostrar en el ambiente académico o pedagógico todos los pasos por minuciosos que fueran de cualquier intervención quirúrgica.

Fue más tarde, en 1925, cuando el académico de la R. A. Española, José Rodríguez

Carracido, propone el término Quirófano, pero renunciando en su enunciado al carácter de escenario en el sentido de albergar espectadores, ya que la papeleta de introducción del término en la RAE reza: "Quirófano.- Recinto de planta redondeada con profusión de grandes ventanas, destinado a operaciones quirúrgicas". Aparece, pues, la palabra quirófano por primera vez, oficialmente, en la XV edición del Diccionario de la RAE del año 1925.

De todas formas, ahí quedó el término quirófano en el territorio hispano haciéndose fuerte ante las embestidas lingüistas anglosajonas ■





ac





# La tualidad del sector



**09 de mayo**



**Se realizan en España dos cirugías simultáneas con tecnologías robóticas distintas.** El Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario HM Sanchinarro sigue apostando por la innovación tecnológica en cirugía y, por primera vez a nivel mundial, han realizado dos cirugías simultáneas usando las diferentes plataformas de cirugía robótica en la especialidad de Cirugía General. En concreto, el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario HM Sanchinarro ha realizado una cirugía de hernia de hiato mixta usando el sistema robótico Hugo Ras. Todo ello, mientras que con el Robot Da Vinci han realizado una colectomía subtotal por enfermedad tumoral ■

**10 de mayo**



**Expertos apuestan por no pedir nota mínima para las plazas MIR y evitar vacantes.** Tras finalizar el primer proceso de adjudicación de plazas MIR, el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada ha elaborado un nuevo informe con sus conclusiones finales. Advierten, sin embargo, que en esta ocasión no se hecho públicos los listados de admitidos, resultados del examen y adjudicación. Por ello no se puede estimar, conocer nacionalidad, nota obtenida, localidad de examen, etc. La primera idea a destacar es que los pasados días 22 y 23 de mayo, se incorporaron a sus plazas los MIR a los que se les han asignado las 8.348 plazas adjudicadas

en esta primera adjudicación. Pero la noticia sin duda es que han quedado vacantes 202 plazas de Medicina de Familia ■

**11 de mayo**



**Miñones informa al Congreso de las principales líneas de actuación de su departamento.** El ministro de Sanidad, José Miñones, compareció ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para informar sobre las líneas de actuación de su departamento dirigidas a la mejora del Sistema Nacional de Salud. En su primera comparecencia ante la Comisión, Miñones situó a la Sanidad como un factor de unión. Además, valoró el trabajo realizado por sus predecesores y por todo el personal del Ministerio ■

**12 de mayo**



**¿Es atractiva para el profesional la jubilación activa?** El Centro de Estudios del Sindicato Médico de Navarra ha elaborado un nuevo informe en el que saca diversas conclusiones respecto a la jubilación activa. Cabe recordar que esta es posible desde este año y para tres años solo para médicos de familia y pediatras de Atención Primaria. Quienes quieran acogerse a la misma podrán aplicarla a jornada completa o media jornada y cobrando el 75 por ciento de la pensión. La pregunta es si ésta realmente puede ser una opción atractiva o no para el profesional. Para ello, el informe, en primer lugar, tiene en cuenta la fiscalidad en esta modalidad de jubilación, pues el importe neto del 75 por ciento de la pensión, una vez realizada la retención y la declaración de la renta el año siguiente, puede quedar en menos de 18.000 euros ■

## 12 de mayo

**La periodontitis es un indicador de mayor riesgo de Alzheimer y de ictus isquémico.** La periodontitis aumenta el riesgo de padecer ictus isquémico y demencia de tipo Alzheimer. Además, también se considera que diferentes intervenciones de salud oral pueden reducir el riesgo de sufrir estos desórdenes neurológicos. Estas son las principales conclusiones que se extraen de un riguroso y exhaustivo informe de consenso llevado a cabo por el grupo de trabajo conjunto de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) ■



## 16 de mayo

**Un tercio de los pacientes sometidos a cirugía padece anemia.** El Foro de la Profesión Médica abordaba de nuevo la problemática que existe en cuanto al aumento de plazas de estudiantes de Medicina, ya sea mediante la apertura de nuevas facultades como a través de la ampliación de la oferta hasta un 15 por ciento como se está tramitando por parte del Ejecutivo. Al igual que en anteriores ocasiones, el Foro recuerda que no existe un problema de falta de médicos sino de determinados especialistas, y que aumentar el número de graduados sin hacer lo propio con el profesorado, con la oferta de Formación Sanitaria Especializada y la calidad docente y con las mejoras laborales para los futuros especialistas solo provocará que se agrave el problema más aún ■

## 18 de mayo

**La inteligencia artificial y ChatGTP, dos aliados para hacer más sostenible la Medicina.** El edificio histórico de la Llotja de Mar en Barcelona acogió durante el miércoles 17 de mayo la primera edición del 'Health Revolution Congress', impulsado por el Barcelo-



na Health Hub y que ha reunido a 60 ponentes internacionales y 1.500 congresistas que han estado hablando y atendiendo a las cuestiones más relevantes sobre la innovación digital en el mundo hospitalario y el sector farmacéutico, así como sobre la necesidad de desarrollar nuevas soluciones tecnológicas que resuelvan los retos a medio y largo plazo de la salud ■

## 18 de mayo



**La Cátedra Cajal destina 80.000 euros a investigación en Ciencias Biomédicas.** La Cátedra Cajal de la Universidad de Zaragoza ha anunciado un presupuesto de 80.000 euros destinados a promover la investigación en Ciencias Biomédicas. La II convocatoria de las Ayudas Cátedra Cajal tiene como objetivo "promover la investigación más innovadora en Ciencias Biomédicas, que sirva para el desarrollo de proyectos que se consideren pioneros y que puedan suponer cambios de paradigmas científicos". El Comité Científico de la Cátedra Cajal está presidido por Santiago Ramón y Cajal Agüeras, sobrino biznieto del premio Nobel y catedrático de Anatomía Patológica y académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España. Por su parte, el director es Carlos Martín Montañés, catedrático de Microbiología de la Universidad de Zaragoza ■



## FUE NOTICIA

### La actualidad del sector



19 de mayo

**Entorno y genética interactúan para aumentar el riesgo de depresión.** El entorno y la genética interactúan para aumentar el riesgo de depresión, tal y como se ha señalado en el XXI Seminario Lundbeck "La depresión, ¿nace o se hace?", celebrado en Sitges. Una de cada cinco personas, más mujeres que hombres, padecerá una depresión, "a pesar de lo cual existe un enorme desconocimiento sobre esta enfermedad mental", recordó José Manuel Montes, jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, quien ha advertido de que en 2030 será la primera causa de carga de enfermedad en el mundo ■

22 de mayo



**CSIF exige "igualdad retributiva" para los residentes.** La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) ha exigido la "igualdad retributiva" de los 11.171 aspirantes de Formación Sanitaria Especializada (FSE) y un aumento de plazas, "sobre todo en aquellas especialidades que presentan déficit de profesionales". A través de un comunicado, CSIF ha criticado que las diferencias salariales por comunidades autónomas entre los residentes de primer año de Medicina, por ejemplo, "puede superar los 3.000 euros anuales"; mientras que en el caso de residentes de quinto año la diferencia anual "puede subir hasta los 3.400 euros" ■

23 de mayo

**El Consejo de Ministros aprueba cerca de 580 millones para Atención Primaria.** El ministro de Sanidad, José Miñones, informó del acuerdo del Consejo de Ministros para la inversión finalista de cerca de 580 millones de euros para financiar el Plan de Mejora de Infraestructuras de Atención Primaria (MINAP) destinados a mejorar infraestructuras y equipamientos. El Gobierno transferirá estos fondos a las comunidades autónomas, que deberá destinarlos a modernizar y mejorar los más de 13.000 centros de salud y consultorios que ya existen en España y financiar con esta partida nuevas salas de fisioterapia, radiodiagnóstico y urgencias que evitarán esperas, saturación o desplazamientos innecesarios ■

23 de mayo



**Expertos analizan prioridades estratégicas en investigación biomédica.** Las 'Prioridades estratégicas en investigación biomédica' fue el tema central de la XVI Conferencia Anual de las Plataformas Tecnológicas de Investigación Biomédica. La inauguración de este encuentro corrió a cargo de Cristóbal Belda, director del Instituto de Salud Carlos III. La Plataforma Tecnológica Española de Medicamentos Innovadores de Farmaindustria organizó esta jornada, en colaboración con Fenin, Asebio, Veterindustria y Nanomed. Los portavoces de las plataformas analizaron las estrategias para el fomento de la investigación clínica y preclínica. Igualmente, se centraron en la transformación digital en investigación biomédica con el objetivo de abordar las terapias avanzadas o para evitar futuras pandemias ■

24 de mayo

**Farmaindustria reclama el valor de la innovación incremental.** La innovación es algo fundamental en la industria farmacéutica. Puede ser una innovación disruptiva, con el desarrollo





de nuevas moléculas. Pero existe otra, más silenciosa, pero con un impacto muy grande también, la innovación incremental: nuevas formulaciones que mejoran la eficacia, mejoras en la composición para reducir efectos adversos o medidas encaminadas a mejorar la adherencia. De hecho, cuatro de cada diez nuevos fármacos que se ponen en el mercado en España son una innovación incremental ■

26 de mayo



**Los médicos precisan una jubilación anticipada voluntaria con factor corrector.** Según la Sexta oleada de la Encuesta OMCESM sobre la Profesión Médica de diciembre de 2019 de los 5.720 Médicos mayores de 55 años activos encuestados el 32,6 por ciento estarían dispuestos a prolongar su actividad laboral, mientras que solo un 13,7 por ciento tenían intención de adelantar su jubilación y el 39,6 por ciento tenían intención de jubilarse cuando les correspondiera por la edad. Teniendo en cuenta estos datos, desde el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada han preparado un nuevo informe sobre la jubilación anticipada

del médico. La principal idea que recalca este informe es que la profesión médica por su complejidad, merecería, al igual que otras profesiones tener un factor corrector ■

29 de mayo

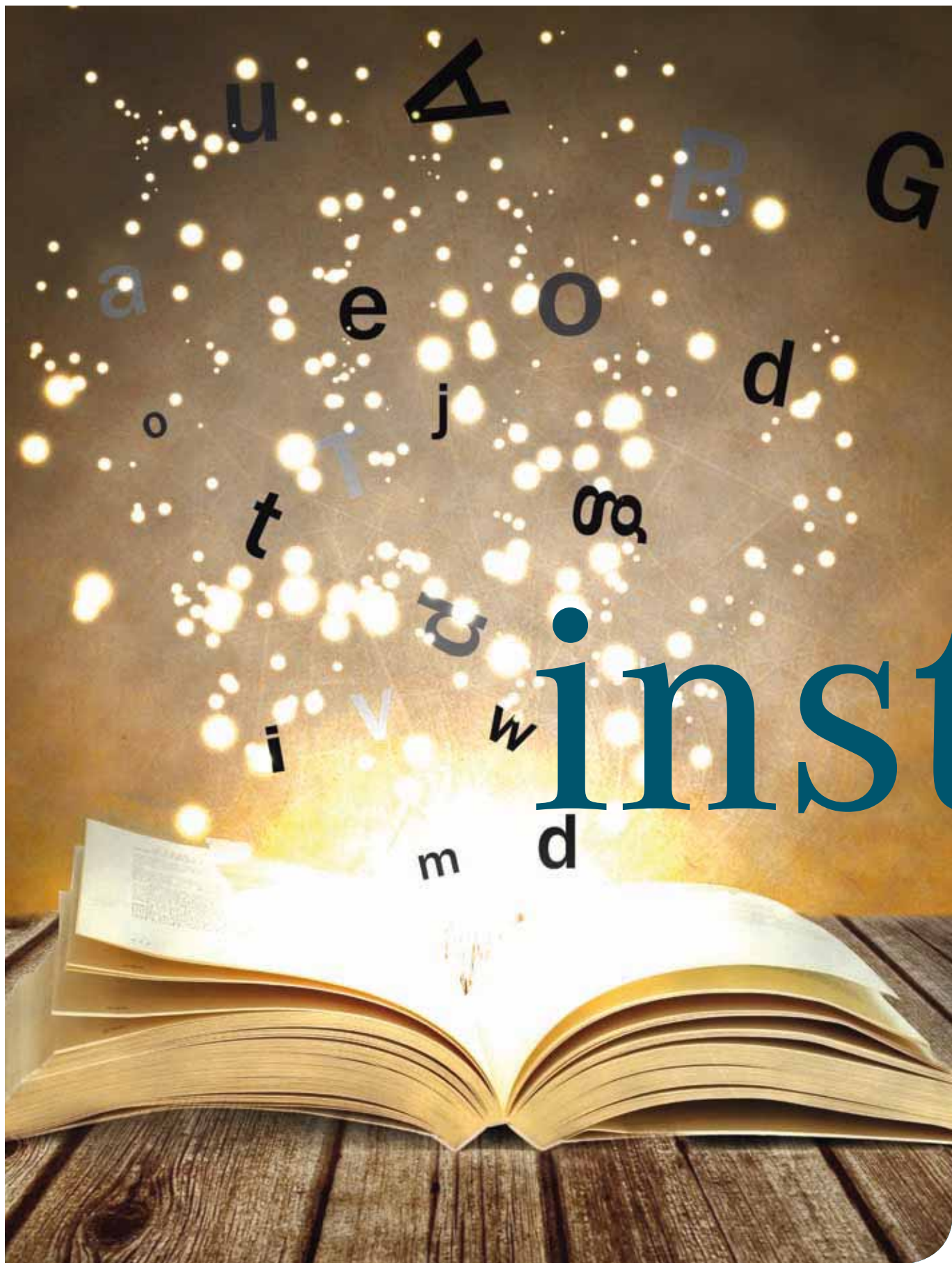


**Un 3 por ciento más de médicos colegiados en España.** El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha hecho pública la 'Estadística de profesionales sanitarios colegiados. Año 2022'. Según la misma el número de profesionales sanitarios colegiados en España se situó en 946.5151 en 2022, un 2,7 por ciento más que en el año anterior (923.207). En concreto, los médicos colegiados en España aumentaron en 8.602 personas (un 3,0 por ciento) hasta alcanzar un total de 292.413 en el año 2022. Por su parte, los enfermeros colegiados se incrementaron en 7.066 personas (un 2,1 por ciento), situándose en 336.321 ■

30 de mayo

**Los expertos piden medidas ante el importante número de fumadores en España.** El 31 de mayo se celebró el Día Mundial sin Tabaco, y los expertos reclaman más medidas ante el importante número de fumadores en España. En concreto, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) compartió los datos de la situación actual del tabaquismo en España, descubriendo que cerca del 30 por ciento de los españoles en 2022 eran fumadores, un número muy superior al esperado. Así se desprende en una monografía publicada en la revista "Prevención de Tabaquismo" realizada por el Foro Autonómico de Tabaquismo, constituido por los representantes en tabaquismo de cada una de las sociedades autonómicas de Neumología ■

NOTA: Cronología del 09 de mayo de 2023 al 30 de mayo de 2023. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.elmedicointeractivo.com>



La  
antánea  
médica





### Los infartos mortales son más frecuentes los lunes

La ciencia aún no ha podido explicar por qué se produce este fenómeno, según refleja un estudio reciente. Además de ser el día del retorno a la vida ordinaria, los lunes también son 'peligrosos', ya que los infartos mortales tienen más probabilidades de producirse al comienzo de la semana laboral que en cualquier otro momento, según un estudio realizado por investigadores del Belfast Health and Social Care Trust y del Royal College of Surgeons de Irlanda. Hasta la fecha, los científicos no han podido explicar por qué se produce este fenómeno. Estudios anteriores sugieren que los infartos de miocardio son más probables los lunes, y han puesto de relieve una asociación con el ritmo circadiano, es decir, el ciclo de sueño o vigilia del cuerpo. "Hemos hallado una fuerte correlación estadística entre el inicio de la semana laboral y la incidencia de STEMI. Esto ya se había descrito antes, pero sigue siendo una curiosidad. Es probable que la causa sea multifactorial; sin embargo, basándonos en lo que sabemos de estudios anteriores, es razonable suponer un elemento circadiano", ha resaltado el cardiólogo Jack Laffan, que dirigió la investigación en el Belfast Health and Social Care Trust. "Este estudio se suma a las pruebas sobre el momento en que se producen los ataques cardíacos especialmente graves, pero ahora tenemos que desentrañar qué tienen ciertos días de la semana que los hacen más probables. Esto podría ayudar a los médicos a comprender mejor esta enfermedad mortal para poder salvar más vidas en el futuro", ha remachado el investigador ■

### Campaña de vacunación de la COVID-19

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, por sus siglas en inglés) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés) aconsejan que las futuras campañas de vacunación contra la COVID-19 antes de la próxima temporada de frío prioricen a las personas que tienen más riesgo de tener una enfermedad grave. Este grupo incluye personas de 60 años o más, personas con sistemas inmunológicos debilitados y condiciones subyacentes que los ponen en mayor riesgo de COVID-19 grave, independientemente de la edad, y aquellas que están embarazadas. También recomiendan que se considere la vacunación de los trabajadores de la salud debido a su probable mayor exposición a nuevas oleadas de SARS-CoV-2 y su papel clave en el funcionamiento de los sistemas de atención médica. Asimismo, recuerdan que la vacunación oportuna antes de un posible aumento repentino de casos de COVID-19 en otoño e invierno de 2023 es esencial para proteger a las personas de la infección grave y a los sistemas de salud para que no se vean abrumados. Las vacunas actualmente autorizadas continúan siendo efectivas para prevenir la hospitalización, la enfermedad grave y la muerte por COVID-19. Sin embargo, la protección contra el virus disminuye con el tiempo a medida que surgen nuevas variantes del SARS-CoV-2 ■





## Sueño e ictus

Las personas que tienen síntomas de insomnio, como problemas para conciliar el sueño, para permanecer dormidas y para despertarse demasiado pronto, pueden tener más probabilidades de sufrir un derrame cerebral, según un estudio publicado en la edición *online* de 'Neurology', la revista médica de la Academia Americana de Neurología. Además, los investigadores descubrieron que el riesgo era mucho mayor en personas menores de 50 años, si bien precisan que el estudio no prueba que los síntomas del insomnio causen un ictus, sino que sólo muestra una asociación. "Existen muchas terapias que pueden ayudar a las personas a mejorar la calidad de su sueño, por lo que determinar qué problemas del sueño conducen a un mayor riesgo de ictus podría permitir tratamientos más tempranos o terapias conductuales para las personas que tienen problemas para dormir y posiblemente reducir su riesgo de ictus más adelante en la vida", apunta el autor del estudio Wendemi Sawadogo, de la Virginia Commonwealth University en Richmond y miembro de la Academia Americana de Neurología. Tras ajustar otros factores que podrían afectar al riesgo de ictus, como el consumo de alcohol, el tabaquismo y el nivel de actividad física, los investigadores descubrieron que las personas con uno a cuatro síntomas tenían un 16% más de riesgo de ictus que las personas asintomáticas ■



## Primera vacuna contra el virus sincitial

La Comisión Europea ha informado este martes de que ha dado su aprobación a la vacuna **Arexvy**, la primera en el mercado para proteger a los adultos mayores de 60 años frente al virus sincitial respiratorio (VRS), considerado como la causa más frecuente de bronquiolitis y neumonías. "La pandemia de coronavirus mostró claramente la necesidad de una acción decisiva para preparar mejor a la UE frente a las amenazas sanitarias emergentes. Este es un principio fundamental de la fuerte Unión Europea de la Salud que estamos construyendo", ha defendido Kyriakides. El virus sincitial respiratorio generalmente sólo causa síntomas leves parecidos a los de un resfriado y la mayoría de pacientes se recuperan al cabo de una o dos semanas, pero puede ser más grave en colectivos vulnerables como la tercera edad o enfermos con patologías pulmonares o cardíacas y diabetes. Según los datos de Bruselas, el VRS provoca unas 250.000 hospitalizaciones y 17.000 muertes cada año entre personas de más de 65 años en la UE ■





## Cambio de cepa de vacuna contra COVID-19

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) emitieron una declaración conjunta que está de acuerdo con una recomendación reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que las vacunas COVID-19 se cambien para el otoño a una monovalente (cepa única) que contiene una cepa de linaje XBB. Aunque las vacunas actuales son efectivas para prevenir la hospitalización, la enfermedad grave y la muerte, la protección disminuye con el tiempo a medida que surgen nuevas variantes del SARS-CoV-2. Agregaron que las cepas XBB son dominantes en Europa y otras partes del mundo y que las vacunas monovalentes son una opción razonable para brindar protección contra las cepas actuales y emergentes. Además, el ECDC y la EMA indicaron recomendaciones simplificadas para las campañas de inmunización en el otoño, incluida una dosis única para personas mayores de 5 años, que las revacunaciones se mantengan con un intervalo mínimo de 3 meses y que las personas con sistemas inmunitarios debilitados pueden necesitar dosis adicionales según sobre recomendaciones nacionales ■

## Regular los cigarrillos electrónicos

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, ha sentenciado que los cigarrillos electrónicos y los vapeadores "tienen que ser regulados", ya que "son una trampa", y ha pedido a los Estados miembros que hagan "todo lo posible" para "proteger a sus ciudadanos". "Cuando la industria tabaquera introdujo los cigarrillos electrónicos y el vapeo, uno de los argumentos que intentaron vender es que formaban parte de la reducción de daños. No es cierto. En realidad es una trampa", ha explicado en una rueda de prensa celebrada en Ginebra (Suiza). Según Tedros, los niños están siendo "reclutados"



a una edad temprana, con 10, 11 y 12 años para vapear. "Pensan que es guay porque viene en diferentes colores y diferentes sabores, pero luego se enganchan de por vida", ha apuntado, recordando que el siguiente paso es fumar tabaco tradicional ■



## Aerosol de ketamina en la migraña

La ketamina administrada en forma de aerosol nasal puede resultar un tratamiento seguro y eficaz para la migraña crónica refractaria, según sugiere un estudio de un solo centro, publicado en la revista de acceso abierto 'Regional Anesthesia & Pain Medicine'. Se trata de una alternativa más cómoda que la infusión intravenosa, el método de administración habitual para estos pacientes, pero el potencial de uso excesivo significa que debe reservarse para aquellos en los que hayan fracasado otros enfoques terapéuticos, puntualizan los investigadores. Varios ensayos clínicos han demostrado que la ketamina intravenosa es eficaz para el dolor de cabeza crónico pero, según los investigadores, suele requerir la intervención de un especialista en dolor para ajustar la dosis y controlar los efectos secundarios, lo que limita su uso en consultas externas. Y aunque hay indicios de que la ketamina intravenosa puede utilizarse para trastornos de cefalea, como la migraña y la cefalea en racimos, no está claro si la ketamina podría emplearse también con seguridad para la migraña crónica resistente al tratamiento ■

## IA en el cáncer de mama

En un amplio estudio de miles de mamografías, los algoritmos de inteligencia artificial (IA) superaron al modelo de riesgo clínico estándar para predecir el riesgo a cinco años de padecer cáncer de mama, según publican los investigadores en 'Radiology', revista de la Sociedad Radiológica de Norteamérica (RSNA). "Los modelos de riesgo clínico dependen de la recopilación de información de diferentes fuentes, que no siempre está disponible o recopilada --explica el investigador principal Vignesh A. Arasu, científico investigador y radiólogo practicante en Kaiser Permanente Northern California (Estados Unidos)--. Los recientes avances en el aprendizaje profundo de IA nos proporcionan la capacidad de extraer cientos a miles de características mamográficas adicionales". Algunos de los algoritmos de IA destacaron en la predicción de pacientes con alto riesgo de cáncer de intervalo, que suele ser agresivo y puede requerir una segunda lectura de las mamografías, un cribado suplementario o imágenes de seguimiento de intervalo corto. "La IA para la predicción del riesgo de cáncer nos ofrece la oportunidad de individualizar la atención de cada mujer, algo que no está sistemáticamente disponible --sugiere--. Es una herramienta que podría ayudarnos a ofrecer una medicina personalizada y de precisión a nivel nacional" ■





## EL MÉDICO INTERACTIVO lanza nuevos contenidos exclusivos

Para celebrar con sus lectores todas las novedades, se ha programado el sorteo de un iPad Pro entre sus seguidores



En su afán por mejorar el contenido que ofrece a sus lectores, EL MÉDICO INTERACTIVO lanza grandes novedades para potenciar su área de formación.

Desde mediados de junio, todos sus seguidores podrán acceder a un nuevo **HUB formativo para médicos** de todas las especialidades, que albergará numerosos cursos y otros contenidos de interés para mejorar la práctica clínica. Cursos propios y otros ofrecidos por Grupo SANED en sus diferentes campus formarán parte de este punto de encuentro de una amplísima oferta, que permitirá al profesional encontrar materiales adaptados a sus gustos y necesidades.

Dicho espacio se ha abierto con contenidos **de carácter gratuito** para los profesionales registrados, muchos de los cuales están acreditados por la Comisión de Formación Continuada del SNS, y se irá actualizando mensualmente con interesantes novedades.

### Nuevas secciones destacadas

Además, este HUB formativo de EMI cuenta con nuevas secciones de gran relevancia e interés para el profesional sanitario. Una de ellas aborda la **Innovación** en el ámbito de la salud, e incorpora numerosos artículos sobre la nueva era digital, como la inteligencia artificial, el metaverso o el *blockchain*. Las últimas tendencias en tecnologías sanitarias, tribunas de reconocidos expertos y soluciones digitales de salud son otros de los muchos contenidos que alberga esta sección.

**Guías clínicas** es otro de los apartados publicadas en el HUB. Por el momento, contiene más de 70 documentos clínicos de diferentes especialidades de gran utilidad para el manejo de las distintas patologías.

En **Farmacología** se publicarán mensualmente artículos relevantes de expertos en este ámbito. Un ejemplo de ello es el trabajo *La farmacogenética también*

## ¿QUIERES GANAR UN iPad PRO?

Regístrate o loguéate en



[www.elmedicointeractivo.com](http://www.elmedicointeractivo.com)

puede ser útil en Atención Primaria, escrito por Pablo Zubiaur y Francisco Abad Santos, del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid.

En la sección de **Patologías**, se encuentran disponibles por orden alfabético un amplio número de términos médicos y términos tecnológicos relevantes para el sector.

Si bien, la publicación potencia su área de formación, seguirá manteniendo la calidad de sus contenidos informativos diarios, que le han convertido desde sus orígenes en referente del sector sanitario. Junto a noticias de actualidad y documentos exclusivos, se apuesta también, en esta nueva etapa, por incrementar los contenidos de análisis, con una mayor periodicidad en la publicación de entrevistas y tribunas de expertos, que analizarán, esto últimos, temáticas de interés tanto profesionales como clínicas.

EL MÉDICO INTERACTIVO aumenta asimismo su presencia en congresos y, por tanto, este tipo de informaciones; y también su sección audiovisual. Cabe recordar que recientemente lanzó su Canal de Pódcast con un programa mensual y actualizaciones semanales de diversos contenidos.

### Sorteo iPad PRO

Con el fin de celebrar el lanzamiento de todas estas novedades, EL MÉDICO INTERACTIVO sorteará un **iPad PRO** entre todos los profesionales sanitarios que se logueen o registren hasta el **25 de julio**.

EL MÉDICO INTERACTIVO publicará en su web y en RRSS el nombre del ganador o ganadora antes del 1 de agosto ■



**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 hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos.

**Posología y forma de administración:** **Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, para resolución 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 rifamicina 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* (DACC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DACC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la 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 *Shigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifamicina, 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 la 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 "evento 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 rifamicina 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, 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, antiepilépticos, 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 Cmax y el AUC<sub>0-24</sub> 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 de 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 ha 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, hipersensibilización. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipostesia, migraña, parestesia, cefalea sinusal, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, 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, sarpullidos 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, migraña, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, poliquiuria, 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: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (tipo A) (de patata), Diesteato de glicerol, Sílice coloidal anhidra (E-551), Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa (E-464), Dióxido de titanio (E-171), Eclatado de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturalaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC-PE/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 Bolonia, Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVP IVA:** 9,21 €. **Con receta médica.** Reembolsado por la Seguridad Social. **Apotación normal.** **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Linitul Apósito impregnado. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada gramo de mezcla de Linitul Apósito impregnado contiene: La fracción soluble de 18,5 mg de Bálsamo del Perú - 167,8 mg de Aceite de Ricino. Excipientes: ver Lista de excipientes. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Linitul Apósito impregnado está indicado para promover la cicatrización de heridas, úlceras por presión (de decúbito) y úlceras varicosas. **Posología y forma de administración:** **Posología:** **Adultos:** Se utilizará la presentación de Linitul Apósito impregnado adecuada al tamaño de la zona afectada. El apósito se aplica cubriendo la zona afectada asegurándose que la piel está limpia y seca, procediéndose a su renovación cada 12 ó 24 horas, pudiendo mantenerse durante más tiempo si el tratamiento así lo exige. Si tras 15 días de tratamiento las lesiones empeoran o no mejoran se deberá reevaluar el estado clínico. **Población pediátrica:** No se dispone de datos. **Forma de administración:** Uso cutáneo. En la limpieza de la zona se puede utilizar suero salino. Para aplicar Linitul Apósito impregnado utilizar preferentemente unas pinzas previamente desinfectadas con alcohol. En las presentaciones unidosis de Linitul Apósito impregnado (5,5x8, 9x15 y 15x25) hay que abrir el sobre tirando de las pestañas hasta el final y deslizar el apósito arrastrándolo sobre el aluminio para recoger la masa de impregnación, que de otro modo quedaría en las paredes del mismo. Apoyar el producto sobre la zona afectada, desdoblándolo si su tamaño lo requiere (presentaciones 9x15 y 15x25). Se debe cubrir el apósito con un vendaje protector. En el caso de Linitul Apósito impregnado 8,5 x 10, cerrar cuidadosamente la caja de poliestireno después de su utilización. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos en la Lista de excipientes. Dermatitis inflamatoria. Coágulos arteriales recientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** No se debe utilizar sobre pieles acnéicas y grasas. Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. El bálsamo del Perú puede presentar en las personas sensibles, reacciones cruzadas con el bálsamo de Tolú y con algunos aceites esenciales utilizados como aromatizantes. Se requiere precaución en caso de deficiencia de hemoglobina o zinc y en caso de retraso de la cicatrización de la herida. **Advertencia sobre el componente Bálsamo del Perú:** Este medicamento puede producir reacciones en la piel porque contiene bálsamo del Perú. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Algunos datos en mujeres embarazadas no han mostrado que los principios activos de este medicamento produzcan malformaciones o toxicidad fetal/neonatal. Antes de prescribir Linitul Apósito impregnado durante el embarazo se deberán considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales. **Lactancia:** No se dispone de información suficiente relativa a la excreción de los principios activos de este medicamento en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Se deben considerar los beneficios potenciales del tratamiento frente a los riesgos potenciales antes de utilizar Linitul Apósito impregnado. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Linitul Apósito impregnado sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se tiene información sobre los siguientes efectos adversos, cuya frecuencia no se ha establecido con exactitud: **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones alérgicas, dermatitis de contacto. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** sensación de escozor en el lugar de aplicación. **Sobredosis:** Dada la forma farmacéutica, es improbable la ocurrencia de sobredosis. La ingestión accidental puede producir náuseas, vómitos, cólicos fuertes y diarreas. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Lista de excipientes:** Vaselina filante, Vaselina líquida, Cera de abejas, Parafina sólida, Tul. **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30 °C. Mantener alejado del calor. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial para su eliminación. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfaisigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490, 08006 Barcelona. **PRESENTACIONES Y PVP IVA:** Linitul Apósito impregnado, 10 apósitos de 5,5 x 8 cm: 8,00 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 15 x 25 cm: 17,50 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 8,5 x 10 cm: 8,00 €. Linitul Apósito impregnado, 20 apósitos de 9 x 15 cm: 12,80 €. **Sin receta médica.** No reembolsable por la Seguridad Social. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero 2017.

# Ekzem<sup>®</sup>

Fluocinolona acetónido 250 µg/ml

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidosis. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 ml de solución contiene 250 microgramos de fluocinolona acetónido. Cada ampolla con 0,40 ml de solución contiene 100 microgramos de fluocinolona acetónido. Excipientes: Polisorbato 80, glicerol, povidona K90F, ácido láctico, hidróxido sódico 1N, agua purificada. **FORMA FARMACÉUTICA:** Gotas óticas en solución. Solución acuosa transparente. **DATOS CLÍNICOS:** **Indicaciones terapéuticas:** Ekzem está indicado para el tratamiento del eccema ótico en adultos con la membrana timpánica intacta. **Posología y forma de administración:** Vía ótica. **Posología:** Aplicar el contenido de una ampolla dentro del oído afectado, dos veces al día durante siete días. Población pediátrica: No se ha estudiado el uso de fluocinolona acetónido para el eccema ótico en niños y adolescentes. No se recomienda utilizar este medicamento en estos subgrupos de población. **Forma de administración:** Vía ótica. Ekzem no debe utilizarse por vía oftálmica ni para inyección. El paciente debe inclinar la cabeza hacia un lado de forma que el oído afectado quede hacia arriba, y después se debe aplicar todo el contenido de la ampolla. Tirar del lóbulo de la oreja cuatro veces para facilitar la penetración del medicamento dentro del canal auditivo. Mantener esta posición durante un minuto. Repetir la operación, en caso necesario, en el otro oído. Para evitar contaminación, no tocar la oreja mientras se administran las gotas. Es recomendable calentar el frasco antes de su utilización manteniéndolo en la palma de la mano durante algunos minutos. Esto evitará la sensación de incomodidad cuando la solución fría entre en contacto con el oído. Se debe recomendar al paciente que deseche la ampolla después de su uso y no guardarla para siguientes usos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo fluocinolona acetónido, a otros corticoides o a alguno de los excipientes. Infecciones víricas del conducto auditivo externo, incluyendo infecciones por varicela y herpes simple e infecciones fúngicas óticas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El tratamiento con Ekzem debe interrumpirse si aparece una erupción cutánea o cualquier otro signo de hipersensibilidad local o sistémica. En presencia de infecciones óticas concomitantes, se debe usar un agente antimicótico o antibacteriano apropiado. Si no se produce una respuesta favorable rápidamente, se debe suspender el tratamiento con fluocinolona acetónido hasta que la infección se controle adecuadamente. La seguridad y eficacia de Ekzem no se han estudiado en presencia de una membrana timpánica perforada. Por lo tanto, Ekzem debe usarse con precaución en pacientes con perforación conocida de la membrana timpánica, con sospechas de perforación, o en los que exista riesgo de perforación. Este medicamento debe usarse en la menor dosis posible y solo durante el tiempo estrictamente necesario para conseguir y mantener el efecto terapéutico deseado. Los glucocorticoides no deben utilizarse para el tratamiento del eccema ótico húmedo. **Alteraciones visuales:** Se pueden producir alteraciones visuales con el uso sistémico y tópico de corticosteroides. Si un paciente presenta síntomas como visión borrosa u otras alteraciones visuales, se debe consultar con un oftalmólogo para que evalúe las posibles causas, que pueden ser cataratas, glaucoma o enfermedades raras como coriorretinopatía serosa central (CRSC), que se ha notificado tras el uso de corticosteroides sistémicos y tópicos. **General:** En algunos pacientes sometidos a tratamiento tópico con corticosteroides se ha notificado supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) con dosis superiores a 2 gramos (aproximadamente 1.000 veces la dosis máxima de Ekzem). Sin embargo, no se ha descrito supresión del eje HHA después de la administración por vía ótica de corticoides. Teniendo en cuenta la baja dosis total de principio activo administrada tras el tratamiento con Ekzem, es improbable que la absorción sistémica de fluocinolona acetónido pueda causar cambios significativos en los niveles de cortisol. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han realizado estudios de interacciones. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Los corticosteroides han demostrado ser teratogénicos en animales de laboratorio cuando se administran por vía sistémica en dosis relativamente bajas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad para la reproducción a dosis relativamente bajas cuando los corticosteroides se administran por vía sistémica. Sin embargo, estos estudios son insuficientes en términos de toxicidad para la reproducción cuando fluocinolona acetónido se administra por vía tópica. No hay suficientes datos relativos al uso de fluocinolona acetónido en mujeres embarazadas. Por tanto, Ekzem no se debería utilizar durante el embarazo a no ser que la situación clínica de la mujer requiera tratamiento con fluocinolona acetónido. En pacientes embarazadas, no deberían utilizarse en zonas extensas, en altas concentraciones o durante periodos de tiempo prolongados. **Lactancia:** Fluocinolona acetónido administrada sistémicamente se excreta a través de la leche materna y puede afectar el crecimiento de recién nacidos. No se sabe si fluocinolona acetónido se excreta en la leche materna tras la administración tópica. 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:** No se han llevado a cabo estudios con animales para evaluar el efecto de la fluocinolona acetónido tópica sobre la fertilidad. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Ekzem sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Se han utilizado las siguientes terminologías (según MedDRA) a fin de clasificar la frecuencia de las reacciones adversas: 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 ( $< 1/10.000$ ), no conocida (no puede estimarse a partir de los datos de que se dispone). **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: sensación de ardor, sequedad en el sitio de aplicación, prurito en la zona de administración. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: prurito, irritación de la piel. Poco frecuentes: foliculitis, acné, decoloración de la piel, dermatitis, dermatitis de contacto. Raras: atrofia cutánea, estrías en la piel, eritema por calor. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: molestia en el oído, trastorno del oído. **Trastornos oculares:** No conocida: visión borrosa (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Infecciones e infestaciones:** Raras: infección. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar las sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: [www.notificaRAM.es](http://www.notificaRAM.es). **Sobredosis:** Los corticoides aplicados por vía tópica pueden absorberse en cantidades suficientes para producir efectos sistémicos (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En caso de ingesta accidental del preparado, deberían llevarse a cabo medidas rutinarias como el lavado gástrico. No hay un antídoto específico para casos de sobredosis con fluocinolona acetónido. Los pacientes deben ser tratados sintomáticamente. **DATOS FARMACÉUTICOS:** **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar por debajo de 25°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Desechar 3 meses después de abrir el sobre protector de aluminio. Desechar la ampolla después de la administración. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial para su eliminación. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Laboratorios Salvat, S.A. Gall, 30-36. 08950 Esplugues de Llobregat. Barcelona (España). **FECHA DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Julio 2015. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2019. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** Ekzem 250 microgramos/ml gotas óticas en solución en envases unidosis, 30 ampollas. C.N. 707333 PVP s/IVA: 7,51€; PVP IVA: 7,81€. Con receta médica. Financiado por el SNS. Aportación normal.



**FORMACIÓN  
PRESENCIAL  
ONLINE  
BLENDED**



**FORMACIÓN  
FUERZA  
DE VENTAS**



**DESARROLLO  
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO  
CLÍNICO**



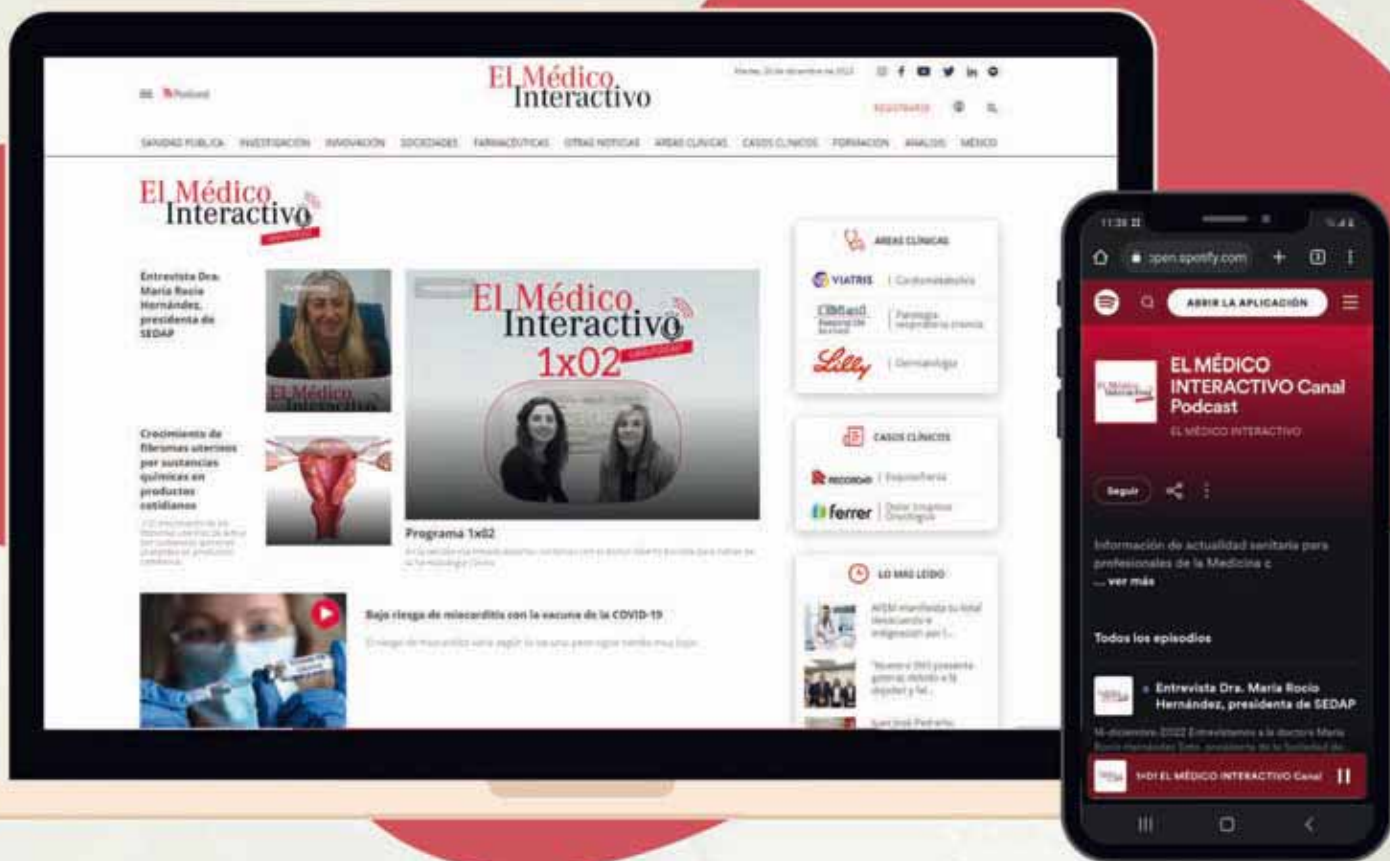
**POSTGRADO  
UNIVERSITARIO**



# Formación

## MARCA LA DIFERENCIA





# El Médico Interactivo

## Canal de pódcast