

Es hora de retomar la salud

En la mesa de trabajo del Ministro de Sanidad, Salvador Illa, se acumulan tareas como recuperar la vacunación o el Plan de Cáncer

P 4-5, 16-17 y editorial



Desde la ventana



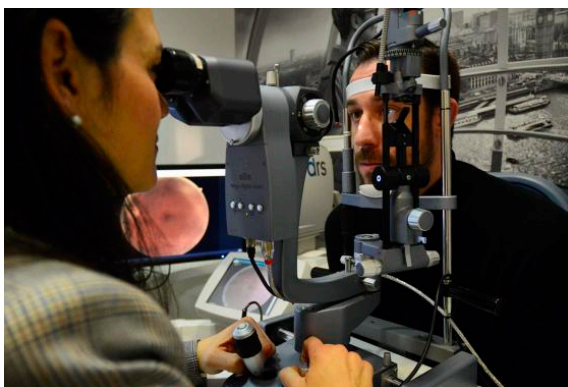
Disminuyen un 23% los casos de ictus en el Clínic

Los casos de ictus atendidos en el Hospital Clínic de Barcelona han disminuido un 23 por ciento durante el mes de marzo, según un estudio que analiza los efectos de la pandemia en la atención a estos pacientes.



Un minuto de silencio por los fallecidos por Covid-19

El Ayuntamiento de Madrid ha sido una de las instituciones que se ha sumado a la convocatoria de un minuto de silencio diario por los fallecidos por esta enfermedad como parte del luto oficial decretado por el Gobierno.



Teleoftalmología para pacientes con diabetes

La plataforma española: e-HealthVision lanza sus servicios de forma gratuita para hacer un seguimiento remoto de pacientes que padecen diabetes. El principal objetivo es "rebajar la presión en los Centros de salud".



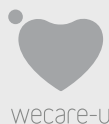
Una vuelta a clases progresiva y voluntaria

Algunas comunidades autónomas han comenzado la vuelta a las clases. Un 10 por ciento de estudiantes vuelve a clase en la fase dos de desescalada, aunque la mayoría de los estudiantes regresarán en septiembre.

GACETA MÉDICA

wecare-u. healthcare communication group

Publicación de:



wecare-u.

20 años

Redacción:

Carmen M. López (Subdirectora),
Esther Martín del Campo (Redactora Jefe),
Sandra Pulido, Mario Ruiz, Mónica Gail,
Daniela González y Carlos B. Rodríguez
(Editor de Política Sanitaria)

Fotografía: Carlos Siegfried

Maquetación: Marta Haro

Presidente Editor: Santiago de Quiroga

Vicepresidenta: Patricia del Olmo

Departamentos:

Tania Viesca (Directora Finanzas y RRHH)
Severino Expósito (Socio Director, Business Controlling)
Paloma García del Moral (Directora Comercial)

Áreas:

Rocío Gómez-Cano (Coordinación Editorial y Solutions)

Consejo de Administración:

Santiago de Quiroga
(Presidente y Consejero Delegado),
Borja García-Nieto y
Vicente Díaz Sagredo

MADRID:

C/ Barón de la Torre, 5
28043 Madrid

• Tlf: 913834324
• Fax: 913832796

Distribución gratuita

Depósito legal:
M-18625-2012
ISSN: 2255-4181

Imprime:
Rotomadrid
SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados

Opinión

A corazón abierto

Omertá- Nepotismo



ANTONIO ALARCÓ
Catedrático. Dr. Ciencias
de la Información y Socio-
logía. Senador. Portavoz
de Sanidad del PP

La pandemia y su consecuente aislamiento social y confinamiento, además de ser una experiencia vital imborrable de difícil digestión y que en algunos casos dejará secuelas psicológicas, también nos hace recapacitar: reprogramarnos porque nada será igual a partir de este desgraciado acontecimiento sanitario.

Hace unos días escribíamos un artículo, a modo de reflexión en voz alta, sobre el confinamiento obligado por un estado de alarma y este por una pandemia que nos ha permitido ver lo mejor y lo peor de una sociedad en la que vivimos, aparte de la terrible letalidad sufrida, sobre todo en edades avanzadas. También comentábamos que nos estimula a retomar la lectura y relectura de libros, muchos de ellos de plena actualidad a pesar de ser escritos desde hace tiempo.

Uno de estos textos es “El silencio no es rentable” de Herb Schmertz con William Novak. Su título es una máxima que aplicamos desde hace mucho tiempo y que da una tranquilidad grande de espíritu. Sin embargo hay responsables políticos, periodistas, ciudadanos que la practican muy poco y se convierten en cómplices silenciosos, seguramente muchas veces sin querer.

Todo esto ha contribuido también a que venga a la memoria la omertá o la famosa ley del silencio, que viene del código de honor siciliano que prohíbe informar sobre las actividades delictivas consideradas asuntos que incumben sólo a la persona implicada. Esta práctica es muy defendida en caso de delitos graves o en los casos de mafia, donde un testigo o una de las personas mencionadas prefiere permanecer en silencio por miedo a las represalias o por proteger a otros culpables. En esta cultura, romper el juramento de omertá es punible con la muerte. Algunas teorías sobre su origen la relacionan con la palabra latina humilitas (humildad) que se adoptará después a los dialectos de Italia meridional y se modificará hasta convertirse en umirtá. De la forma dialectar se pudo llegar a la forma italiana actual.

También y muy relacionado con lo anterior está el nepotismo, que junta a la omertá suelen ser dos instrumentos desgraciadamente utilizados de forma conjunta por quien no tiene factores inhibitorios. Esto está ocurriendo en este país con gobierno legítimo que se llama España.

Por nepotismo entendemos la preferencia que tienen algunos por dar

empleos y favores, aprovechándose de sus cargos, a familiares y amigos, sin importar el mérito para ocupar el cargo, sino su servilismo o alianza.

De acuerdo con el número 2 del artículo 21 de la declaración de los Derechos Humanos, “Toda persona tiene derecho al acceso en condiciones de igualdad a la función pública de un país, al igual que en otros sectores de la vida social de la democracia”. Por ello es evidente que la omertá-nepotismo violenta los derechos humanos.

Estos dos instrumentos malvados que distorsionan el comportamiento social y que además intoxican las relaciones humanas, son tristemente demasiado frecuentes en este mal momento que nos ha tocado vivir. La aplicación de la omertá-nepotismo está siendo habitual en los que gobiernan, pasando muchas líneas rojas. Esto está afectando a la justicia, las instituciones, las fuerzas de seguridad del estado, la prensa, etc.

Aunque somos optimistas producto de ser pesimistas informados, nos apresuramos a decir que de esta también se sale. Sin embargo sugerimos a todos más implicación, porque si la democracia es un estado de opinión pública y la política son sentimientos y referencias, la participación libre y desinteresada en ella debe ser imprescindible. Todo para conseguir objetivos colectivos con la idea de mejorar la vida de los ciudadanos de cualquier ideología, sexo, religión o raza.

Es difícil entender que siendo tanto coherentes profesionales como ciudadanos, nos convirtamos en incoherentes. Además hay que recordar que aunque uno pase de la política, la política no pasa de ti. No tiene que ver con la ideología, sino con la participación en la creación de la opinión pública con coherencia.

Es verdad que España es un gran país, pionero mundial en múltiples factores: trasplantes, telecomunicaciones, transportes, programación, genómica, etc. Aún así, no es menos cierto que el mayor “enemigo” de un español suele ser otro y no el de fuera. Este es un país en el que cabemos todos, siempre que se respeten las reglas del juego (la Constitución) sin cambiarlas en mitad del partido.



La aplicación de la Omertá-nepotismo está siendo habitual en los que gobiernan, pasando muchas líneas rojas



El Editorial

Ahora más que nunca hablemos de cáncer

Entramos en una semana clave para la oncología mundial. El Congreso Anual que organiza la Sociedad Americana de Oncología (ASCO) está teniendo lugar de manera virtual. La crisis sanitaria provocada por la Covid-19 no ha podido retrasar los avances que se presentan en este cónclave. Avances que verán la luz en clave digital.

La medicina de precisión sigue rumbo fijo. Sin embargo, a pesar de que los resultados de estas innovaciones terapéuticas, algunas de ellas consolidadas y otras novedosas, verán la luz, la oncología mundial no ha podido dejar pasar por alto al SARS-CoV-2 y su abordaje en los pacientes con cáncer.

La realidad, y por ello venimos informando desde hace semanas, es que la reorganización sanitaria que ha venido de la mano por el colapso de los sistemas sanitarios ha puesto sobre la mesa una serie de efectos colaterales en la atención oncológica. Retrasos en las pruebas diagnósticas, tratamientos interrumpidos... Procedimientos que, según indican algunos expertos, pueden tener efectos a corto plazo.

No todo ha sido malo. Estas crisis a nivel organizativo también ha puesto sobre la mesa nuevos instrumentos y herramientas necesarios para el abordaje de las diferentes patologías. La telemedicina es un ejemplo de ello.

Las necesidades, por tanto, son claras. De cara a abordar una situación similar en el futuro, los especialistas coinciden en que es necesaria una mayor coordinación de todos los recursos, así como mejorar la implantación de la telemedicina para hacer un uso efectivo de la misma.

La crisis sanitaria ha sacado a relucir las necesidades en cáncer. Un nuevo Plan cobra más importancia que nunca

Sin embargo, dentro del sistema de telemedicina a implantar, los oncólogos también resaltan el hecho de que hay pacientes, sobre todo los más mayores, con dificultades para manejar las nuevas tecnologías. Por ello, instan a poner recursos tanto materiales como formativos que aseguren una democratización de este servicio.

¿Cómo engranar la maquinaria?

Los profesionales lo tienen claro. Aunque se perdió la oportunidad de la anterior crisis económica, ahora hay que aprovechar para demandar un nuevo Plan de Cáncer. Es crucial, aseguran, que se pongan recursos para que las ideas plasmadas lleguen al ciudadano. Siguiendo este hilo también recuerdan que el cáncer es una enfermedad curable si se diagnostica pronto, por lo que hay que incidir en el papel del diagnóstico molecular para mejorar el abordaje.

En definitiva, un Plan de Cáncer integral, que vaya desde el diagnóstico precoz hasta los cuidados paliativos. Este debe ser “suficientemente ambicioso” como para poder ejecutar una gran parte del mismo, para lo que ha de contarse con una organización de éxito, financiación finalista, y organizando un red al respecto en toda España. El punto de partida está claro.



El SNS activa la maquinaria para la recuperación de la vacunación

Sanidad, Congreso y CC.AA. constatan la necesidad de recuperar las vacunas prioritarias

Las comunidades autónomas vienen avisando de un descenso en las coberturas de vacunación. Ante esto, muchas de ellas ya están trabajando en una estrategia de captación. Salvador Illa ha anunciado que es una prioridad retomar la actividad vacunal y recuperar

C.R./E.M.C./C.M.L.
Madrid

Para el Ministro de Sanidad, Salvador Illa, es imprescindible que desde las etapas de transición hacia la nueva normalidad se continúe con la administración de las vacunas consideradas prioritarias: hasta los 15 meses, para las mujeres embarazadas y para los grupos más vulnerables a la Covid-19.

Así lo aseguró en su comparecencia semanal en la Comisión de Sanidad de la Cámara Baja. Illa recordó además que durante los meses de marzo y abril se ha producido un descenso en el número de dosis administradas de estas vacunas. “Además de ponernos al día en las vacunas no administradas en estos meses, hay que recuperar la normalidad en el calendario vacunal”, esgrimió.

Esta declaración de intenciones no ha sido la única en el Congreso. El Grupo Parlamentario Popular presentó en las últimas semanas una Proposición no de Ley sobre la vacunación frente a la enfermedad neumocócica.

El texto insta al Gobierno a impulsar las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de las pautas de vacunación vigentes en el Sistema Nacional de Salud –dosis, edades y grupos de

Gobierno

Sanidad recuerda el descenso en el número de dosis administradas que se ha producido entre marzo y abril

Congreso

Todo apunta a que la próxima campaña de gripe está a las puertas de entrar en el debate político

riesgo—frente a esta enfermedad.

Le pide, además, que lo haga desde la protección de la salud pública y la coordinación con las comunidades autónomas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y también en cooperación con las sociedades científicas.

Vacunación de la gripe

La preocupación por la posible confluencia de una segunda oleada de Covid-19 el próximo otoño con la de gripe estacional se contagia también en Las Cortes. La necesidad de agilizar la vacunación de la gripe en la próxima campaña está a las

puertas de entrar en el debate político. A la PNL impulsada hace semanas por el PP se suma otra pregunta registrada por el Grupo Parlamentario VOX para respuesta escrita. En el texto registrado, pregunta si tiene el Gobierno de la Nación un plan para la vacunación masiva contra la gripe y si considera necesario adelantar la edad de vacunación recomendada a los 60 años, teniendo en cuenta la tasa de mortalidad por Covid-19 en los pacientes en esa franja de edad.

De la OMS...

La OMS, por su parte, ha puesto el foco en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la Covid-19. Estos, lamentablemente, han sido grandes protagonistas en esta crisis de primer nivel.

Como explica el catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, Ángel Gil de Miguel, la OMS apoya todas las medidas de prevención existentes y teniendo en cuenta de que la vacuna frente al SARS-CoV-2 tardará en llegar, “hay que reforzar todas las medidas”.

A su juicio la vacunación antigripal y antineumocócica son dos piezas fundamentales en este escenario. “Aunque no

Gripe

Varias iniciativas están registradas en el Congreso para avanzar sobre un Plan de Vacunación

La OMS

Ha aumentado las coberturas de vacunación, poniendo el foco en el 75% en mayores y profesionales sanitarios

hay datos de evidencia científica todas aquellas personas vacunadas previamente han tenido una mejor respuesta frente al virus”. Un factor importante, a su juicio, que no hay que perder de vista.

Según Gil de Miguel, este año es más importante que nunca cumplir con las coberturas de vacunación antigripal y antineumocócica. La OMS, de hecho, ha aumentado la cobertura de vacunación debido a la importancia epidemiológica actual. El objetivo está puesto en el 75 por ciento en mayores y aumentar las coberturas de vacunación en profesionales sanitarios y grupos de riesgo.



el calendario 2020.

Por otra parte, Gil de Miguel también valora el esfuerzo que están haciendo muchas comunidades para reforzar las coberturas. Dos ejemplos claros: Andalucía y Comunidad de Madrid.

... A las comunidades autónomas

En la Comunidad de Madrid, como indica la directora general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, Elena Andradás, en una misiva, durante los meses de marzo y abril se ha observado una caída en las coberturas de vacunación.

Lo más preocupante, es que también lo han detectado en las priorizadas del primer año de vida. "Podría suponer una pérdida de la inmunidad comunitaria y por tanto, un resurgimiento de las enfermedades inmunoprevenibles".

Ante esta situación, esta dirección general recomienda continuar con las vacunaciones consideradas prioritarias al comienzo de la pandemia (especialmente la primovacuna a los 2 y 4 meses de edad y la primera dosis de triple vírica a los 12 meses, la vacunación en embarazadas y en personas con condiciones de riesgo).

Asimismo, instan a revisar el estado de vacunación de la población en menores de 15 meses y completar las vacunaciones pendientes.

La recuperación de las coberturas pasará por administrar en una misma visita las dosis de vacunas atrasadas según el calendario de vacunación, siempre que esté permitido por ficha técnica. En esta línea, también será prioritario restablecer el resto de vacunaciones sistemáticas en todos los grupos de edad, según el calendario infantil y del adulto.

En cuanto a la vacunación frente a MenACWY apuestan por recuperar la campaña de vacunación con la captación activa de población adolescente.

Para asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas, las personas contactarán por teléfono con los centros de salud o centros de vacunación, para solicitar cita.

¿Y los pacientes con la Covid-19?

Como explica Andradás en su comunicado, no se conocen contraindicaciones médicas para vacunar a personas que han superado el virus y, en principio, no sería necesario esperar un tiempo determinado. "No obstante, para minimizar el riesgo de transmisión, se recomienda posponer la vacunación durante 14 días después de la resolución de los síntomas".

Por último explica que los contactos estrechos de un caso confirmado podrán

Comunidad de Madrid

La recuperación de las pasará por administrar en una misma visita las dosis de vacunas atrasadas

Andalucía

Retoma el calendario 2020, así como las vacunas en grupos de riesgo, y propone dos períodos diferenciados

vacunarse una vez superado el periodo de cuarentena sin haber desarrollado síntomas.

Con todo, para la Comunidad de Madrid es prioritario no demorar las vacunas que tienen un plazo corto y definido para su administración. Por ejemplo, la vacunación frente a tosferina en embarazadas en la semana 27-28, ya que puede perderse la oportunidad de una vacunación en tiempo.

Andalucía recupera el calendario

Andalucía sigue esta misma estela. retoma el calendario de vacunaciones 2020, así como las vacunas en grupos de riesgo, y propone dos períodos diferenciados. Durante el primero, correspondiente hasta la fase 3 del desconfinamiento, se recomienda recuperar sobre todo las coberturas de aquellas vacunas consideradas prioritarias con las medidas necesarias. incluyendo la captación activa de los que tienen vacunaciones pendientes.

En el caso de la vacunación en edad infantil, se insta a retomar todas las dosis incluidas en calendario vacunal desde los 2 hasta los 15 meses de vida. Entre ellas se encuentra la hexavalente y neumococo, meningococo C, triple vírica, meningococo ACWY y varicela. En embarazadas, la vacuna de la tosferina entre las semanas 27 y 28 de gestación.

Asimismo, se procederá a administrar aquellas vacunas recomendadas por sociedades científicas, preferentemente coincidiendo con las vacunaciones oficiales, siempre que la carga asistencial de los puntos de vacunación lo permita.

En última instancia, las dirigidas a personas con especial vulnerabilidad y/o riesgo elevado, las destinadas a brotes epidémicos y posexposición no demorable y a profesionales sanitarios se evaluarán de forma individual siguiendo los protocolos de Salud Pública.

De igual manera, la Consejería ha instado a restablecer progresivamente el resto de las vacunaciones sistemáticas incluidas en el calendario de vacunación. En este ámbito reseña especial atención a la segunda dosis de triple vírica y varicela de los 3 años, la vacunación frente al papilomavirus humano (VPH) de los 12 años (cohorte de chicas nacidas en 2008) y frente al meningococo ACWY

de los 12, 15 y 18 años (personas nacidas en 2002, 2005 o 2008), y la vacunación frente al neumococo 13-valente de las personas de 65 y 66 años (personas nacidas en 1954 o 1955).

Dos fases

Una vez se deje atrás la fase 3, Andalucía marca esta fecha para aprovechar todas las oportunidades de vacunación y actualizar los calendarios de personas de cualquier edad. Así, se recomienda la vacunación Tdpa (tétanos, difteria, tosferina) a los 6 años, la vacunación Td (tétanos, difteria) a los 14 años y la vacunación de rescate de VPH, triple vírica y varicela en personas susceptibles siguiendo las indicaciones autorizadas.

Durante el estado de alarma, las prioritizaciones en materia de vacunación en Andalucía se han centrado en unos grupos de población concretos. Así, el director del Plan de Vacunas de Andalucía, David Moreno, apunta a "lactantes hasta los 15 meses, embarazadas, población de alto riesgo y situaciones de profilaxis posexposición, incluyendo control de brotes".

"Es prioritario retomar la actividad vacunal progresivamente para evitar un mayor riesgo de enfermedades infecciosas prevenibles con vacunas y de potenciales brotes epidémicos", ha apuntado Moreno. Desde la Dirección General de Salud Pública se insta así a recuperar altas tasas de coberturas vacunales como mejor manera de prevención ante el invierno.

En este contexto, Gil de Miguel también valora el esfuerzo que están haciendo muchas comunidades para reforzar las coberturas. Estos dos ejemplos son claro.

Como destaca este experto, Andalucía ha hecho un cambio importante desde el punto de vista de la vacunación. Existe un problema que destaca este experto, y es que todo el mundo da por hecho que una vez reanudadas los centros de salud las coberturas se reanudarán. Sin embargo, "todo lo que sea reforzar la importancia de la vacunación y que el calendario se puede complementar perfectamente es necesario".

En definitiva, parece que es clave esta reactivación. No hay que olvidar que los servicios de salud pública de las distintas comunidades han comenzado a detectar reducciones importantes en las vacunaciones. Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana el número de dosis administradas en niños menores de 1 año ha sido de 26.000 dosis en marzo 2020, frente a las 33.000 del mismo periodo del año anterior. En niños de 1 a 2 años el número de dosis administradas en marzo del 2020 fue de 7.000, que contrastan con las 12.000 administradas. Además, en Castilla y León, tal y como aseguró su consejera de Sanidad Verónica Casado, las coberturas de vacunación en niños de hasta 15 meses han caído hasta el 80 por ciento. Esto sitúa las tasas de cobertura de algunas comunidades por debajo de los límites establecidos por la OMS.

El debate sobre el visado a los ACOD llega al Congreso de los Diputados

Una PNL presentada por el Grupo Popular reclama su supresión definitiva, más allá del Estado de Alarma

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

El Grupo Popular en el Congreso de los Diputados ha registrado una Proposición no de Ley para suprimir el visado a los ACOD. La petición, firmada por los diputados Elvira Velasco —portavoz de Sanidad en la Cámara Baja—, José Ignacio Echániz y Concepción Gamarra insta a Sanidad a adoptar esta medida en relación a la lucha frente a la Covid-19. La PNL reconoce las medidas coyunturales que se han adoptado estas últimas semanas, pero asegura que el problema al que se enfrentan los pacientes “no es coyuntural”.

Según cálculos de la Federación Española de Pacientes Anticoagulados, en España cerca de un millón de personas necesitan de tratamiento anticoagulante. Esta cifra representa el 2 por ciento de la población española.

Entre 2008 y 2011, los anticoagulantes de Acción Directa oACODs fueron acreedores de decisiones positivas para su financiación por el SNS. Pero posteriormente se establecieron las reservas singulares para su prescripción, dispensación y financiación a través del visado.

La llamada a suprimir el visado a los ACOD atiende a lo ocurrido en estas últimas semanas, con motivo de la pandemia. Aduce el PP que “la mayoría de los servicios de salud” adoptaron decisiones de concesión automática del visado a



El PP considera que la decisión de suspenderlo temporalmente es adecuada, pero el problema no es coyuntural.

aquellos nuevos pacientes que requirieran tratamiento anticoagulante, “y durante el tiempo que durara el actual Estado de Alarma”.

Evitar el riesgo de contagio

Esta decisión trataba de evitar que los pacientes tuvieran que acudir a realizarse los controles de coagulación. Pero también suponía, añade el grupo popular, “un reconocimiento de la efectividad, conveniencia y seguridad de estos tratamientos, a pesar de que siguen

estando sometidos formalmente al régimen de visado”.

Igualmente, mediante Orden Ministerial SND/266/2020, de 19 de marzo, el Gobierno estableció medidas para asegurar el acceso a la prestación farmacéutica del SNS al colectivo de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social. Entre ellas, una excepción transitoria a la obligación de estampillar el sello de visado de recetas de aquellos medicamentos sometidos, según la legislación vigente, a reservas singulares consisten-

tes en la imposición del visado previo a su dispensación por oficinas de farmacia.

“El problema del visado, sin embargo, no es de carácter coyuntural para estos pacientes, solo durante el tiempo en el que se mantenga el Estado de Alarma y la fase más crítica de respuesta sanitaria al coronavirus”, asegura el PP. Al contrario, la PNL recoge que “hay consenso entre las sociedades médicas y la organizaciones de pacientes al efecto de considerar que el acceso a estas terapias vienen siendo un problema recurrente”.

El PP considera que la decisión de suspenderlo temporalmente ha sido “oportuna y adecuada” a la situación. Sin embargo, añade, tal como está hoy planteada, es limitada por duplicado. Tiene un límite temporal (durante el Estado de Alarma) y en su ámbito de actuación (solo para nuevos pacientes).

Por todo ello, y además de instar al Gobierno a suprimir el visado a los ACOD, la PNL llama a adoptar las decisiones necesarias para “garantizar el acceso a la más adecuada opción farmacológica para los pacientes que actualmente reciben tratamientos anticoagulantes, en atención a las específicas circunstancias de sus patologías, a la seguridad farmacoterapéutica, a la máxima prevención en los contactos, y a los requerimientos en relación con la actual epidemia de coronavirus y la previsión de eventuales nuevas ondas de contagios”.

La Fundación ECO se reúne con la portavoz socialista de Sanidad en el Senado

LUIS CAVANNA
Madrid

La senadora y portavoz en la Comisión de Sanidad del Senado, Esther Carmona, ha mantenido un encuentro virtual para conocer de primera mano las necesidades y planteamientos de los oncólogos médicos de la Fundación ECO. La senadora Paloma Hernández también participó en el encuentro virtual. Durante algo más de una hora, departió con Vicente Guillem (Instituto Valenciano de Oncología), Carlos Camps (Hospital General de Valencia), Rafael López (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela) y Eduardo Díaz-Rubio, vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina.

Las principales preocupaciones antes y durante la pandemia de la Covid-19 fueron compartidas durante el encuen-

tro. El presidente de Fundación ECO, Vicente Guillem, se mostró tras la reunión “muy satisfecho por el interés y empatía” mostrada por las senadoras Esther Carmona y Paloma Hernández. Carlos Camps y Eduardo Díaz-Rubio realizaron una breve exposición introductoria de los miembros, trayectoria y objetivos de la Fundación ECO.

Las principales necesidades compartidas con la portavoz de sanidad en el Senado fueron abordadas en distintas intervenciones por los oncólogos presentes en el encuentro. Temas como el trabajo en red, la incidencia del cáncer, el diagnóstico molecular, las bases de datos de pacientes, el vínculo investigación-asistencia oncológica, la medicina de precisión, la innovación y la calidad de la atención oncológica fueron abordados por los representantes de la Fundación ECO.



La Senadora Esther Carmona y Vicente Guillem, de Fundación ECO.

Para el presidente de la Fundación ECO “todas estas necesidades cristalizan en una: necesitamos un nuevo plan de cáncer”. A comienzos de año, el ministro de sanidad, Salvador Illa, ya informaba el pasado mes de febrero que se estaba trabajando en dicho plan, retomando las reuniones y buscando el consenso entre “CC. AA., sociedades científicas y asociaciones de pacientes”.

Para Carlos Camps la “urgencia es

ahora mayor si cabe”. “Tenemos de nuevo las consultas llenas, y sabemos que cada año seguirán diagnosticándose más de 250.000 casos en España. Es urgente ocuparse de un nuevo Plan”.

Por su parte, Esther Carmona recalca que resulta importante convertir los planes en realidades con pragmatismo. “Os ofrezco mi apoyo para que la Cámara Alta pueda contribuir al debate de las necesidades en cáncer”, concluyó.

Separ y Fenaer desmontan la respuesta del Gobierno sobre el visado en triple terapia de EPOC

La asociación de pacientes Apepoc inicia esta semana una ronda de contactos en el Congreso de los Diputados en la que trasladarán su preocupación por este asunto

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) y la Federación Española de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (Fenaer) han ultimado una carta que harán llegar a la Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad en la que desmontan punto por punto los argumentos del Gobierno para mantener el visado de la triple terapia en EPOC.

Tanto el vicepresidente de la sociedad científica, Germán Peces Barba, como el presidente de Fenaer, Mariano Pastor, coinciden en las numerosas incongruencias e imprecisiones que recoge la respuesta escrita del Gobierno a una presentada por Ciudadanos en el Congreso de los Diputados sobre el informe "Impacto del visado de la triple terapia en los enfermos con EPOC" realizado por el Comisionado para la Equidad de la Alianza General de Pacientes.

Peces Barba detalla las más destacadas. El texto del Gobierno alude a que "el racional subyacente a esta reserva singular (en relación al visado) es la exigencia de que el paciente reciba la medicación adecuada, logrando un uso racional de los medicamentos". Los profesionales insisten en que, precisamente, cuando se da en un dispositivo único, la medicación es más adecuada, porque los pacientes tienen mayor seguridad y mejor cumplimiento en la medida que se reducen el número de dispositivos.

Otro punto que cuestionan es aquel en el Gobierno defiende que "así se permite la individualización de la dosis", otra imprecisión, insiste, "puesto que en la EPOC no se utilizan ajustes de dosis".

Además, la respuesta añade que el

Peces Barba (Separ)
"Que se conozca el visado no implica que dejen de producirse problemas de inequidad o sea ineficiente"

Nicole Hass (Apepoc)
"Existen trabas burocráticas que no tienen sentido ni justificación, y más en un contexto como el actual"

citado visado no debería afectar a la adherencia terapéutica. Sobre este punto, el vicepresidente de Separ subraya que no se trata de un problema de adherencia, sino de accesibilidad, de imponer limitaciones a este dispositivo único que recomendamos.

En la misma línea, el texto del Gobierno remarca que esta reserva es bien conocida por los profesionales sanitarios, pero eso no implica, defienden los neumólogos, que dejen de producir problemas de inequidad, o que sea ineficiente.

El vicepresidente también hace referencia a la supuesta falta de quejas o sugerencias sobre este asunto a la Comisión Permanente de Farmacia. "No sabemos a quién habrán preguntado, porque tanto Separ como las sociedades científicas de atención primaria y los pacientes hemos hecho multitud de comunicados sobre este tema" subraya.

Y lo que es más, recuerda que en concreto Separ mantuvo una reunión presencial con la Dirección General de Farmacia en enero de 2019 en la que se habló del redactado de este visado e

hicieron constar por escrito su queja, argumentación y propuesta, sobre la que no han recibido respuesta.

Para finalizar, el Gobierno subraya que no se prevé ningún ahorro tras el ajuste en el precio de los fármacos que integran esta triple terapia. En este sentido, desde Separ insisten que la suma del precio de los fármacos por separado sigue siendo mayor que el de estos dispositivos.

Sobre esta base, Peces Barba remite a los comunicados realizados por la sociedad científica hace ya un año, en los que se insiste en que el visado obliga a actuar al médico fuera de la recomendación clínica de las guías y de la ficha técnica de los productos.

En este sentido, conviene recordar que la propuesta de tratamiento recogida en el visado no se ajusta a ninguna guía nacional o internacional como GOLD o GESEPOC, para el tratamiento de esta patología.

Buscando el consenso en el Congreso

El malestar en el resto de asociaciones de pacientes también es más que evidente. Tanto es así que la Asociación Española de Pacientes con EPOC (Apepoc) también ha pasado a la acción.

La entidad se ha movilizado para hacer llegar sus reivindicaciones a todos los grupos parlamentarios en el Congreso de los Diputados.

Su portavoz, Nicole Hass, insiste en que los pacientes necesitan que les escuchen: "Somos uno de los colectivos de más alta vulnerabilidad ante el Covid-19. Queremos compartir con los diputados el miedo que sentimos en estos momentos y explicar que hay algunas cosas que se pueden cambiar y que nos ayudaría mucho", destaca.

La ronda de reuniones se inició este con el encuentro virtual con Guillermo

La respuesta del Gobierno a una pregunta sobre un informe de la AGP deja en punto muerto el debate sobre visados

Los pacientes han iniciado una ronda de contactos con grupos políticos para trasladarles su preocupación por la situación del colectivo

Díaz, portavoz de Sanidad del grupo parlamentario Ciudadanos. Durante un poco más de una hora, Nicole Hass, Iván Pérez, secretario de Apepoc, y Raúl de Simón, asesor médico, mantuvieron una charla con el diputado.

Los pacientes expusieron al diputado su visión sobre el visado en triple terapia. Hass explica que le trasladaron que "existen trabas burocráticas que no tienen sentido ni justificación, que generan inequidad sobre todo ahora en este contexto que no sabemos cuándo va a terminar".

Precisamente el propio diputado trasladó esta cuestión al ministro de Sanidad en la Comisión de Sanidad celebrada este jueves en el Congreso de los Diputados. "Sería conveniente prolongar la exención temporal de este visado", expuso Guillermo Díaz. Un visado que, dijo el diputado de Ciudadanos, "no está muy justificado. No tiene argumento científico, ni económico, por lo que me plantearía la conveniencia del mismo", sentenció. El ministro de Sanidad, Salvador Illa, dijo "tomar nota" de sus consideraciones.

“Áreas descuidadas” que ha de atender el Plan Europeo contra el Cáncer

La consulta sobre la hoja de ruta del Europe's Beating Cancer Plan ha recibido 385 opiniones



CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

Los trabajos impulsados para aprobar, antes de final de año, un nuevo Plan Europeo contra el Cáncer comenzaron con dos consultas públicas: una sobre la hoja de ruta del Plan, que se cerró el 3 de marzo, y otra sobre el propio plan, que finalizó el 21 de mayo. La Comisión ha publicado las aportaciones de la primera.

Han sido 384 las opiniones recibidas de ciudadanos, profesionales y organizaciones involucradas en la prevención, diagnóstico, tratamiento, atención e investigación del cáncer. En conjunto, tienen cuatro grandes protagonistas: financiación, cooperación, coordinación y medicina de precisión.

Las prioridades de los oncólogos

En representación de más de 25.000 miembros de más de 160 países, la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés) ha marcado tres grandes prioridades para el Europe's Beating Cancer Plan: prevención, diagnóstico temprano y tratamiento.

En relación a la primera, ESMO apuesta por avanzar en prevención a través de dos líneas: desde la concienciación, por un lado, y desde el uso efectivo de registros de cáncer interoperables “adecuadamente financiados”, por otro.

Sobre el diagnóstico temprano, la sociedad recuerda su apoyo al desarrollo basado en evidencia de programas de detección.

Con respecto al tratamiento, las consideraciones de los oncólogos son dos: por una parte, armonización del estándar de atención como vía para reducir la mortalidad, mejorar las tasas de supervivencia y abordar discrepancias en la disponibilidad de medicamentos.

A este respecto, ESMO cuenta con más de 80 guías de práctica clínica actualizadas en tiempo real y utilizadas, apunta, “por la mayoría de los oncólogos a nivel mundial”. Dado que en la mayoría de los países de la UE no existe una medida de la implementación del estándar de atención, sería importante, a su juicio, “invertir en la implementación de las pautas para garantizar que las vías de atención nacionales y locales estén alineadas con ellas”.

En línea con esta acción se sitúa la apuesta por priorizar los medicamentos contra el cáncer. Al igual que ocurre con las guías, varios países del mundo utilizan la escala de beneficio clínico de la ESMO (el ESMO-MCBS). Teniendo en cuenta la llegada de medicamentos de alto coste, “es necesario permitir que los Estados miembros de la UE elijan los medicamentos de manera adecuada, incluido el uso de biosimilares”, señala en su contribución a la consulta.

Al margen de estas tres prioridades, ESMO ha apuntado algunas “áreas descuidadas” que deberían quedar bien reflejadas en el Plan:

- **Protección de datos.** La implementación armonizada del Reglamento General de Protección de Datos es “crucial”, destacan los oncólogos, para la investigación en salud.

- **Fuerza laboral.** Garantizar que todos los pacientes tengan las mismas posibilidades en el acceso a tratamientos también depende, dicen los oncólogos, de disponer de médicos bien capacitados. ESMO proporciona recomendaciones para un plan de estudios global en oncología médica y colabora con la OMS al respecto.

- **Cánceres raros.** El 20 por ciento de todos los cánceres son raros. Para mejorar el diagnóstico y la atención, los especialistas llaman a inspirarse en la experiencia de las Redes de Referencia Europeas y en las exitosas iniciativas europeas en el campo de las enfermedades raras.

La aportación inicial de los oncólogos se complementa con una enumeración de algunas de las “mejores prácticas, enfoques o metodologías” que, a su juicio, podrían inspirar el Plan: entre ellas, las guías de práctica clínica de la ESMO; sus guías para pacientes, su portal de biosimilares o su programa de acreditación de Centros designados de oncología y cuida-

dos paliativos, pero también la ‘Joint Action on Rare Cancer’, las redes de referencia europeas, la iniciativa Rare Cancers Europe.

Las claves de la Medicina Personalizada

Por otra parte, la Alianza Europea para la Medicina Personalizada cree firmemente que ha llegado el momento de que Europa comprenda el valor de los diagnósticos y tratamientos tempranos en cáncer. Esta asociación de pacientes, profesionales, científicos e industria insiste en hacer girar el Plan Europeo contra el Cáncer en torno a la medicina personalizada.

La contribución de este foro a la consulta de la hoja de ruta del plan se centra en estos aspectos.

Las recomendaciones europeas en materia de **cribados**, que datan de 2003, deben actualizarse de cara al año 2022 para reflejar los nuevos conocimientos sobre el diagnóstico precoz en áreas de diagnóstico molecular y biomarcadores.

La UE debería establecer un marco de políticas con **cooperación público-privada** para que las pruebas óptimas estén disponibles en toda la UE en 2023.

Para 2022 debería establecerse un marco político claro para apoyar el **reembolso de los diagnósticos** en la UE.

Establecer en la nube una **estructura de bases de datos nacionales federadas**, como la European Science Cloud.



Semfyc perfila los cambios necesarios en AP en la fase de transición

Proponen modificar el sistema de cita previa y diferenciar zonas limpias de Covid-19 en los centros de salud

GM
Madrid

Modificar el sistema de cita previa, la reorganización de atribuciones de los perfiles profesionales de los centros de salud y la puesta en marcha de “zonas limpias y sucias” frente a la Covid-19. Son solo tres de las propuestas que recoge el documento “Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria”.

Este trabajo ha sido desarrollado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc), y suscrito por la Asociación de Administrativos de Salud, la Asociación de Enfermería Comunitaria, la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria, y la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad.

Medidas organizativas

El documento propone una batería de “medidas organizativas y asistenciales encaminadas a ayudar a los equipos de atención primaria a diseñar su propio modelo organizativo para gestionar y controlar la pandemia, y responder a las necesidades de salud de su población”.

El documento es fruto de la “imprescindible reconversión que han tenido que dar los distintos niveles asistenciales para hacer frente a la Covid-19 que

Plantean un nuevo sistema de cita previa que incorpore un filtro que determine si debe ser consulta presencial

Los médicos insisten en la necesidad de contemplar en las agendas la teleasistencia, con un tiempo específico

ahora se asumen como imprescindibles para gestionar los posibles repuntes futuros, manteniendo la capacidad de una respuesta coste-efectiva orientada a resolver las necesidades de salud de la población”.

Uno de los aspectos asistenciales que el documento promueve atañe a la distribución de los espacios de los centros de salud mediante la creación de una “sala de acogida” en la que se realizará un lavado de manos, se facilitará una mascarilla quirúrgica y se tomará la temperatura de los pacientes antes de dirigirles, según su necesidad de salud, hacia la consulta de su cita previa, al área administrativa, a la sala de urgencias/emergencias, o la consulta de Covid.

Esta medida supondrá, además, la adecuación de los espacios comunes a las medidas de seguridad propuestas

para el distanciamiento social y la definición de aforo máximo de las zonas comunes del centro de salud y de las consultas.

Cambios en el sistema de cita previa

En este nuevo paradigma de modelo de atención se incluye la propuesta de reformular los mecanismos de cita previa automática y/o automatizada por un filtro administrativo inicial que permita discriminar si el motivo de consulta puede ser resuelto telemáticamente o necesita atención presencial, si es demorable o no, y qué profesional del equipo de atención primaria (EAP) puede resolverlo.

Este modelo debería desembocar en la construcción de “miniequipos” de AP en los que se integrara un profesional de Administración, otro de Enfermería y un tercero de Medicina.

Implicaría, además, la suspensión del sistema de cita previa vía call-center, web, app, u otros dispositivos para ofertar únicamente la posibilidad de cita telefónica, advirtiendo de ello a la población e informando de que posteriormente se pondrán en contacto con la persona demandante desde el centro de salud.

La teleasistencia en las agendas

La situación actual pone de manifiesto la necesidad de un cambio de las dinámicas de asistencia por parte de todos los profesionales. El considerable peso que tendrá

la consulta telefónica, por ejemplo, supone un nuevo elenco de elementos que hay que tener en cuenta que también se han recopilado en el documento.

Estos hacen referencia a la cuestión procedimental de cómo realizar las llamadas telefónicas, pero también cuestiones de carácter legal y ético que atañen a la confidencialidad y la seguridad de las llamadas.

Este modelo mejora la accesibilidad de los ciudadanos a los profesionales sanitarios de atención primaria, lo que tiene especial trascendencia en el caso de enfermos crónicos y frágiles que suelen ser los perfiles con mayor frecuentación.

Fruto de esta reordenación del modelo, el documento conjunto entre medicina, enfermería y personal administrativo de Atención Primaria señala la necesaria desburocratización de la atención sanitaria en favor de los sistemas telemáticos.

Telemedicina frente a burocracia:

La actividad burocrática global (recetas, informes, bajas, etc.) puede constituir el 30-40 por ciento del tiempo de consulta. En este sentido, el documento destaca que “durante la crisis de la Covid-19 se han producido avances hacia la desburocratización de las consultas que no solamente se deben mantener, sino incluso mejorar para permitir que las consultas sean lo más eficaces y resolutivas posibles”.



El anuncio de las nuevas especialidades ha reavivado la oposición de internistas, médicos de familia y preventivistas.

Los preventivistas, en contra de las especialidades de Infecciosas y Urgencias

La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene defiende también que sean ACEs

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

El anuncio del ministro de Sanidad, Salvador Illa, de crear a finales de año las nuevas especialidades de Enfermedades Infecciosas y Urgencias sigue levantando reacciones.

En estos días, la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), ha cerrado filas con SEMI, Semfyc, Semergen y SEMG, y comparte la idea de que actualmente no existen evidencias científicas ni consenso médico que avalen la creación de nuevas especialidades MIR.

Como el resto de sociedades científicas mencionadas, se muestran partidarios del reconocimiento profesional y la ordenación docente de nuevas áreas del conocimiento médico a través de la creación de subespecialidades médicas o Áreas de Capacitación Específicas (ACE), siguiendo el modelo formativo de la mayoría de los países de nuestro entorno.

Rafael Ortí Lucas, presidente de SEMPSPH, coincide en que la creación de nuevas especialidades MIR contribuiría a la fragmentación y rigidez organizativa del sistema sanitario, dificultando la respuesta asistencial.

Desde la SEMPSPH se explica que “ampararse en comparaciones con los sistemas sanitarios de otros países

SEMPSPH

La vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones son competencias de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Europeos no tiene sentido ya que en otros países no existe la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.”

“Crear nuevas especialidades que incluyen la cartera de servicios de otras especialidades ya existentes, en este caso concreto, incluyendo cartera de servicios de Medicina Interna y Medicina Preventiva, puede incurrir en intrusismo profesional”, defiende. Al mismo tiempo, insiste en que “no es eficiente ni eficaz, ni para la atención a los pacientes ni en lo referente a la gestión del sistema sanitario.”

El presidente de la SEMPSPH concluye advirtiendo que la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones son competencias de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. “Ninguna nueva especialidad puede dedicarse a actividades como la aplicación de medidas preventivas de las infecciones nosocomiales, el estudio de contactos o la vacunación de grupos de riesgo”, concluye.

Saber más sobre responsabilidad civil

El consentimiento informado y la responsabilidad de medios en cirugía estética

Una paciente acudió a la consulta de una doctora para someterse a una operación de aumento de pecho mediante la implantación de prótesis mamarias. La intervención consistía en la reconstrucción de las mamas con implantes, ya que, en una operación previa, se habían retirado prótesis de silicona anteriores.

La cirugía que requería en este caso la paciente no era meramente estética, sino también reconstructiva, por lo que la doctora no podía asegurar el resultado esperado por la paciente, ya que la responsabilidad de la facultativa en este caso era de medios y no de resultados. Su obligación era poner a disposición de la paciente los medios adecuados, comprometiéndose a utilizar las técnicas indicadas para la patología en cuestión con arreglo a la ciencia médica del momento, además de aplicarlas con el cuidado y precisión exigibles de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención, todo ello, proporcionando a la paciente la información necesaria que le permitiera consentir o rechazar la intervención.

La operación se realizó, implantando nuevas prótesis de gel cohesivo de silicona con cubierta de poliuretano, perfil ultraalto. Unos meses después de la operación, la paciente refirió molestias e irregularidades en el aspecto de sus mamas, siendo de nuevo intervenida por un facultativo diferente, quien le extrajo las prótesis implantadas por la doctora y le colocó otras con resultado satisfactorio.

Tras la demanda interpuesta por la paciente a la doctora, el Juzgado, en primer lugar, entró a examinar si la doctora proporcionó a la paciente la información necesaria que le permitiera consentir o rechazar la intervención a la que iba a ser sometida. De esta forma, el Juzgado concluyó que el Consentimiento informado facilitado a la paciente contenía la especialidad médica de la facultativa, los antecedentes clínicos de la paciente, la descripción de la intervención, la especificación del lugar de las cicatrices y el postoperatorio a seguir. En el documento de consentimiento informado también se incluían los riesgos de someterse a la intervención, entre los que figuraba la posibilidad de una cirugía

adicional y/o una contractura capsular, algo que finalmente sufrió la paciente. Por todo ello, la información ofrecida por la facultativa demandada fue completa y contenía el rigor suficiente como para que se hiciera un juicio cabal sobre la intervención quirúrgica y sus efectos, permitiéndole discernir acerca de su conveniencia o inconveniencia.

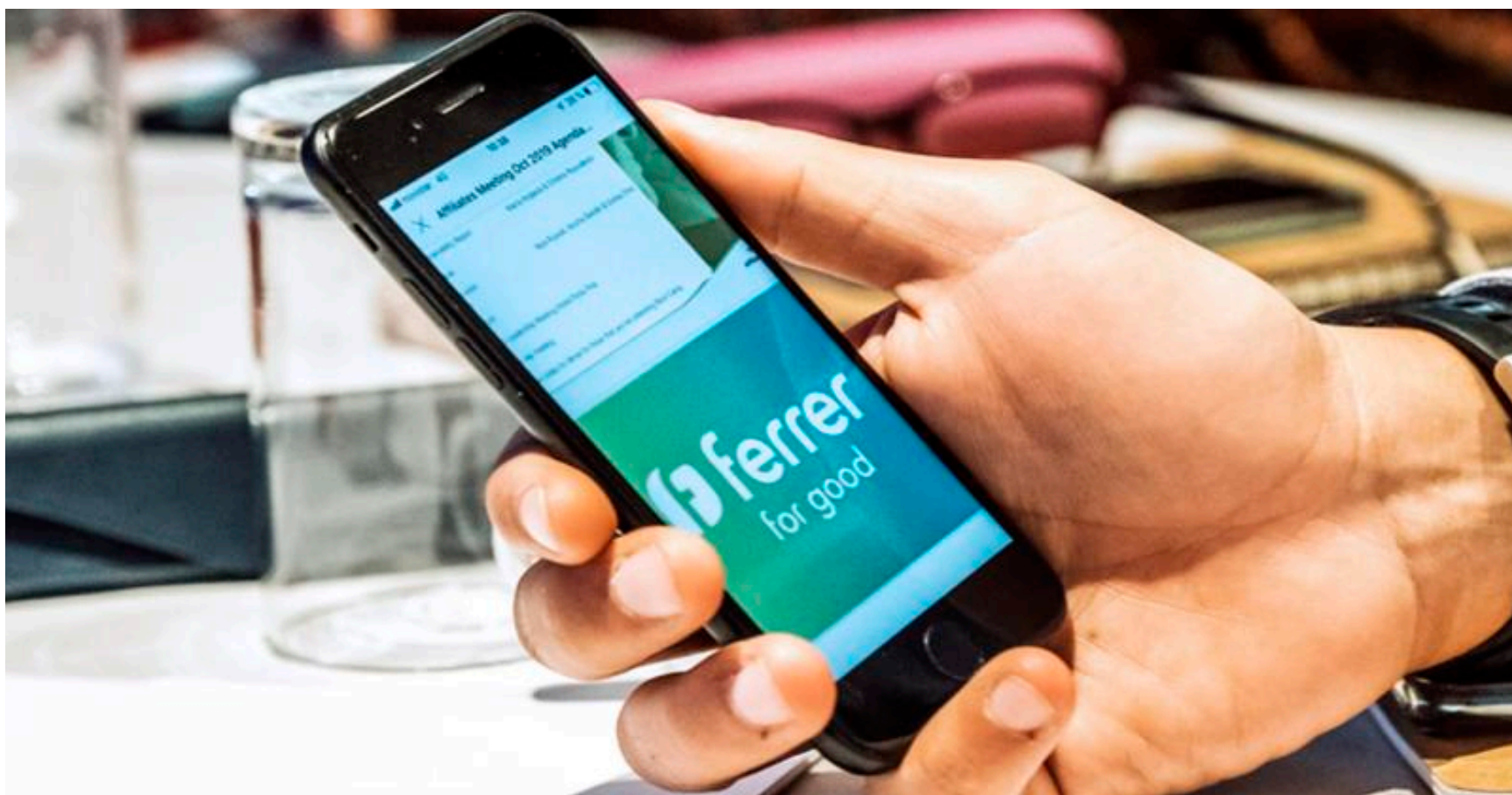
Por último, y respecto a si la actuación de la doctora fue contraria a la *lex artis ad hoc*, el Juzgado estableció, aplicando la doctrina del daño desproporcionado —aquel que no está previsto ni es explicable en la esfera de la actuación profesional sanitaria, ante la supuesta producción de un resultado no satisfactorio como el obtenido en la intervención llevada a cabo—, que, de la prueba practicada, se estimó probado que la contractura capsular fue consecuencia de una complicación inherente a la intervención, sin que, en este caso concreto, pudiera atribuirse a ningún acto médico negligente ni contrario a la *lex artis ad hoc*, ya que además

figuraba en el documento de consentimiento informado como uno de los posibles riesgos de la cirugía. Por todo ello, la demanda

fue desestimada en su totalidad.

De este caso se extrae que el consentimiento informado es un presupuesto esencial de la *lex artis ad hoc* y debe realizarse de una forma comprensible y adecuada a las necesidades concretas de cada intervención, permitiendo al paciente hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse de la intervención sobre su particular estado. Por otro lado, desde un punto de vista jurídico, solo podría hablarse de negligencia profesional cuando el acto médico en su conjunto ha sido realizado bajo el concepto de mala praxis, es decir, que se hubiera infringido alguno de los criterios de normalidad que rige la actuación médica realizada. Es muy importante el hecho de que la existencia de daño no implica mala praxis, teniendo en cuenta que la obligación del médico siempre es de medios y no de resultados, salvo que este se pacte o garantice previamente.

Más información en:
www.lexsanitaria.com



Ferrer preserva la salud de sanitarios y empleados y no retomará la actividad presencial hasta que deje de suponer un riesgo

El papel de las nuevas tecnologías serán claves en la reorganización de la formación clínica

GM
Madrid

La crisis derivada de la Covid-19 ha puesto sobre la mesa la necesidad de una reorganización sanitaria a todos los niveles. Los cambios son inmutables para el sector y la sociedad y todos con el objetivo de garantizar la seguridad de las personas. Una prioridad a la hora de llevar a cabo cualquier iniciativa empresarial.

Conscientes de ello, Ferrer reafirma su compromiso de velar por la salud y el bienestar de las personas con la decisión de no retomar la actividad presencial de sus responsables de visitas médicas en centros sanitarios y hospitalarios, hasta que no se pueda garantizar la seguridad total.

Como explica a GM el director general de Ferrer en España, Ricardo Castrillo, en línea con el propósito de la compañía, han tomado la decisión de no poner en riesgo la salud de los profesionales españoles que desempeñan su labor en hospitales o centros de salud, ni tampoco la de sus equipos que acuden a estos centros. "Al mismo tiempo, nuestro compromiso con todos esos profesionales es proporcionarles la mejor formación e información de acuerdo con nuestros códigos de buenas prácticas. Por ello, haremos toda nuestra actividad de manera remota, activando todas las

Ricardo Castrillo
"Haremos toda nuestra actividad de manera remota, activando todas las herramientas necesarias para que la interacción con los profesionales tenga el máximo valor"

La apuesta digital
"Arrancamos un plan de formación muy ambicioso antes de la declaración del estado de alarma"

herramientas necesarias para que esa interacción tenga el máximo valor y sea muy positiva para ambas partes". A su juicio, la tecnología y lo digital son una parte esencial de esa evolución. Por ello, han puesto en marcha muchas iniciativas que confían en que "sean bien recibidas por los profesionales a los que visitábamos, visitamos y visitaremos".

Castrillo apunta a la necesidad de reducir el riesgo que supone el contagio y además el hecho de no entorpecer la labor que realizan estos profesionales, permitiendo así centrar su dedicación y

esfuerzo en reorganizar su actividad asistencial. En definitiva, "en estar mejor preparados para seguir atendiendo a las personas que más lo necesitan en estos momentos".

No obstante, Ferrer reforzará su actividad digital para ofrecer a los profesionales la posibilidad de mantenerse informados en todo momento sobre cualquier novedad terapéutica y desplegará nuevos servicios para ayudar en su práctica clínica diaria.

Formación continuada

Para ello, la interacción presencial proactiva se sustituirá en esta etapa por la telemática. Gracias a las nuevas tecnologías, aquellos médicos que lo autoricen podrán acceder a comunicaciones virtuales, cursos de formación, desarrollo de habilidades, webinars especializados e, incluso, tendrán la opción de concretar una visita con su representante de Ferrer habitual en remoto.

Esta decisión no es la única, y se suma al resto de medidas implantadas por Ferrer para salvaguardar la salud de las personas durante la pandemia y a las múltiples iniciativas desarrolladas en colaboración con instituciones públicas y privadas desde el inicio de la crisis sanitaria para ayudar a superarla.

Como ha explicado Castrillo, la formación en estos meses se ha reforzado a

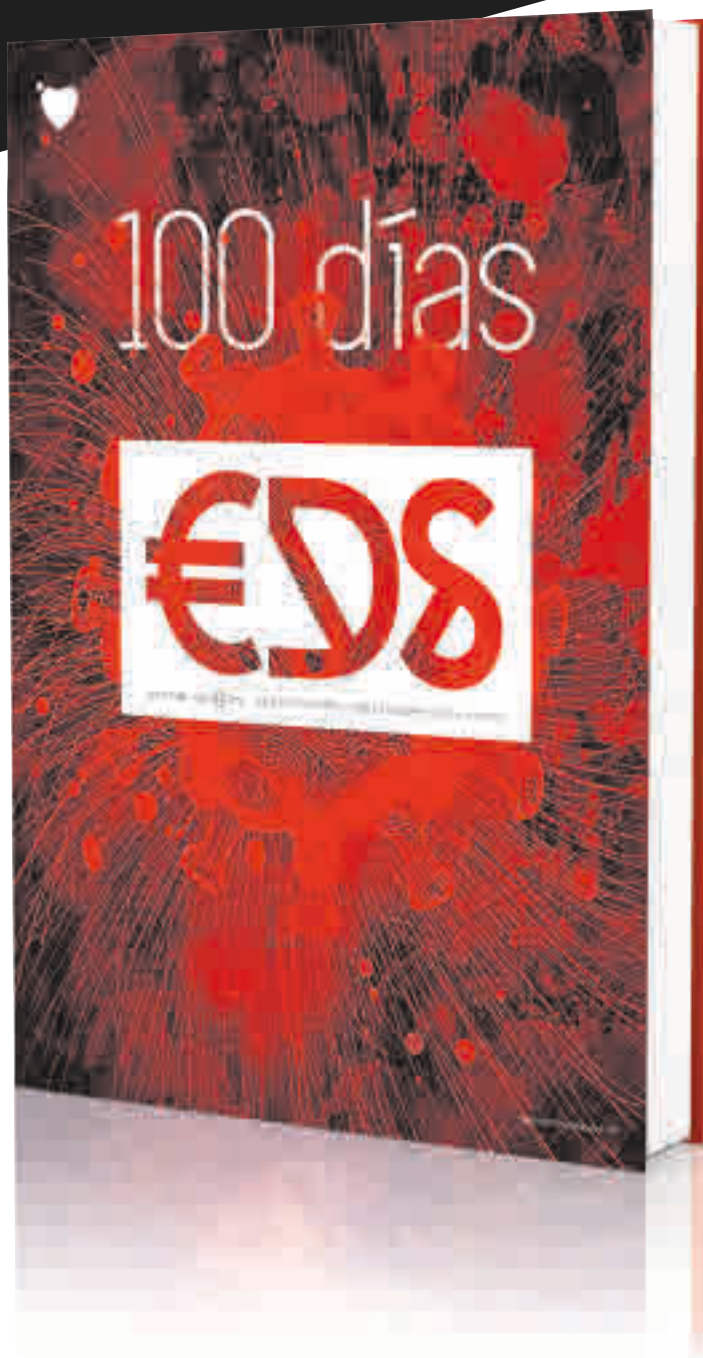
través de un plan de formación "muy ambicioso", que comenzó antes de la declaración del estado de alarma. "Inicialmente estaba centrado en temas más directamente relacionados con nuestras herramientas actuales, con nuestros productos, con las patologías que tratamos y con aspectos legales, éticos y de cumplimiento".

En una segunda fase, en el mes de abril, lanzaron el proyecto Ferrer Moving to Digital, un programa que arrancó con un diagnóstico digital de la organización, con la evaluación de situación ocho competencias digitales. Como consecuencia de ese diagnóstico, avanza, han realizado itinerarios formativos individuales para desarrollar las habilidades digitales de cada una de las personas del equipo de Ferrer en España.

"Hemos dedicado más de 15.000 horas a formación en habilidades digitales y, en unos días, entraremos en la tercera fase de ese ambicioso plan de transformación digital. En esta tercera fase hemos creado una oficina de transformación digital, la llamamos Ferrer go, y en ella vamos a arrancar 4 o 5 proyectos transversales, aplicando metodologías ágiles, que nos van a ayudar a desplegar un mayor y mejor valor para nuestros clientes. Nuevamente, ello va a requerir de mucha capacitación de todas las personas de la organización", asegura Castrillo.

Ya disponible en
economyofhealth.com

El tercer
 coronavirus en
 dos décadas ha
 conseguido
 cambiar el mundo
 en 100 días



Un documento profundo y completo para comprender la pandemia de covid-19. Con un enfoque económico, asistencial, investigador y político.

Un análisis estratégico de cómo está respondiendo el mundo a la pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Analizamos cómo el mundo ha cambiado en 100 días, tras el confinamiento decretado el 23 de enero de 2020 en Wuhan por el Gobierno chino.

REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Con el patrocinio de:



Farmacia Hospitalaria



El sesgo de género influye en la atención sanitaria

Un informe de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria pretende llevar a debate algunas cuestiones de género en el ámbito hospitalario

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

¿Existen diferencias en la atención sanitaria según el sexo?

La diferencia de sexo y la forma en la que las enfermedades aparecen pueden estar condicionando el retraso y los errores diagnósticos. Esta es una de las principales conclusiones del informe 'Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria', que publica el último número de la Revista Española de Farmacia Hospitalaria.

Asimismo, el proceso de enseñanza-aprendizaje durante la formación universitaria es otro de los factores que derivan de "una generación de conocimiento sesgada", según indica el documento. Por este motivo, el informe pretende llevar a debate cuestiones relacionadas con la farmacia hospitalaria en perjuicio de las mujeres, como por ejemplo: los medicamentos, el consumo, la prescripción de fármacos biológicos, entre otros.

La terapia farmacéutica se enfrenta a múltiples retos en la actualidad, uno de ellos los sesgos de género. El informe no pone en duda la contribución de la industria farmacéutica a la mejora de los procesos patológicos con la realización de ensayos clínicos. Sin embargo, las autoras del informe señalan la necesidad de utilizar "una muestra adecuada de mujeres y hombres, que sea representa-

Es necesario utilizar "una muestra adecuada de hombres y mujeres que represente a la población"

Hasta la década de los 90, las mujeres no participaban en ensayos clínicos necesarios para un medicamento

tiva de la población potencialmente consumidora".

Las autoras destacan la importancia de indagar en el potencial sesgo de género, en perjuicio de las mujeres, más allá del consumo de fármacos y la responsabilidad de consumo.

Desigualdad de género en fármacos

A la hora de prescribir los medicamentos, existen algunos factores que "no se tienen en cuenta", indican las profesionales de la SEFH. Según el sexo del paciente, las respuestas a medicamentos varían, ante esto, las autoras señalan que estas respuestas "han sido sistemáticamente obviadas".

Un ejemplo es el peso corporal, los hombres pesan más que las mujeres, un hecho que "puede afectar al volumen de distribución y a la concentración plasmática de medicamentos", señala el documento. Sin embargo, las autoras

señalan que poco "pocos medicamentos se dosifican según el peso".

Asimismo, existen medicamentos que tienen como principales consumidoras a las mujeres, como los antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, antipsicóticos y anticonvulsivantes. A pesar de ser más demandados por las mujeres, estos medicamentos "no han analizado la influencia de las fluctuaciones hormonales femeninas como la menstruación o el embarazo", señalan.

Desigualdad científica

El informe hace referencia a un término acuñado recientemente: "desigualdad científica", con la intención de explicar que hasta en la década de los 90, las mujeres no participaban en los ensayos clínicos necesarios para autorizar un medicamento. De la misma forma, los animales incluidos en las fases preclínicas eran preferentemente machos.

Ante esta situación, las profesionales de la SEFH consideran que "el sexo no debe ser excluido en los análisis realizados, al ser una variable fundamental".

Actualmente, la situación mejora, pero "aún no se realiza el análisis estratificado de género", lamentan. Además, según la SEFH, el impacto de las desigualdades de género en el tratamiento de las enfermedades no es abordado en la mayor parte de las investigaciones. Un hecho que las autoras califican de "relevante" al asignar el género determinados estilos de vida.

Investigación sesgada

En 1994, la Food and Drug Administration (FDA) publicó unas recomendaciones para la inclusión de las mujeres en los ensayos clínicos y en el análisis por sexo. El informe de la SEFH señala que "25 años después aún no se han cumplido", una circunstancia ante la que la European Medicines Agency "no es especialmente sensible", indican.

Desde el documento, las autoras señalan una serie de circunstancias que han influido en los estudios experimentales, conocidos por ser los diseños más correctos desde la aproximación empírica de la ciencia. La escasas diferencias por sexo, la variabilidad hormonal de las mujeres o las reacciones cruzadas con fármacos ensayados son algunas de las consideraciones a las que hacen referencia.

Asimismo, desde la SEFH señalan que "los estereotipos de género pueden guiar las interacciones entre profesionales y pacientes". En este sentido, las percepciones profesionales influyen en las necesidades de los pacientes. Esta afirmación arroja nuevas cuestiones sobre las que reflexionar.

Frente a una necesidad sanitaria igual, las autoras destacan sesgos de género en la utilización y readmisión hospitalaria y en la aplicación de procedimientos terapéuticos. Esto sería superior en hombres que en mujeres, así como la demora y espera que sería menor en los hombres.

La Fe participará en un estudio de buenas prácticas en biopeligrosos

Será la base de una iniciativa de posibles enmiendas a la Directiva europea de Carcinógenos y Mutágenos

GM
Madrid

El Servicio de Farmacia del Hospital La Fe de València ha sido seleccionado, junto a otros dos hospitales europeos, para su participación en "Study supporting the assessment of different options concerning the protection of workers from exposure to hazardous medicinal products, including cytotoxic medicinal products" iniciado por la Comisión Europea, también llamado "Estudio sobre Medicamentos Biopeligrosos"

A partir de este trabajo se pretende elaborar una iniciativa para la Unión Europea en la que se evalúen posibles enmiendas a la Directiva de Carcinógenos y mutágenos existente. También busca enmendar otra legislación relevante para la protección ocupacional y desarrollar o actualizar instrumentos no legislativos

La selección de este para este estudio se debe a que el centro dispone, según explica José Luis Poveda, jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria y Director Área Clínica del Medicamento "de una política de gestión de medicamentos peligrosos integral, cuyos resultados empíricos han supuesto la reducción de los niveles de contaminación en las áreas de elaboración del Servicio de Farmacia. Este hecho ha situado a La Fe como referente a buenas prácticas en la protección de personal expuesto a este tipo de medicamentos".



El Hospital La Fe de Valencia lleva a cabo acciones formativas y de normalización sobre este tipo de fármacos.

Otro de los objetivos es actualizar instrumentos no legislativos relacionados con este tema

Poveda: "la gestión de medicamentos peligrosos es un proceso global que afecta a todo el personal expuesto"

Las buenas prácticas por las que el Hospital La Fe ha sido seleccionado para la participación en el estudio son la mejora en la manipulación y seguridad de medicamentos biopeligrosos con una mayor protección colectiva e individual en el Servicio de Farmacia así como en las unidades de hospitalización.

Formación y normalización

También se han llevado a cabo diferentes acciones formativas y de normaliza-

ción de procedimientos para todos los trabajadores y trabajadoras. Todas estas buenas prácticas se han puesto en marcha de forma conjunta con el servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la Dirección del Departament La Fe.

En este sentido, Poveda añade que "la gestión de medicamentos peligrosos es un proceso global que afecta a todo el personal potencialmente expuesto a los mismos. Toda la organización debe contemplar unas normas de uso de estos medicamentos para reducir la exposición laboral a los mismos.

El servicio de prevención de riesgos laborales, enfermería, auxiliares de enfermería, celadores, personal logístico, de limpieza y facultativo deben ser conocedores de las buenas prácticas de manipulación".

Mejora en la gestión

La participación en este estudio es, según concluye su responsable, José Luis Poveda, "de una gran relevancia en ámbito europeo" ya que permitirá que "las prácticas que se realizan en el Hospital La Fe puedan extrapolarse a otros centros".

Todo este nuevo modelo de la gestión del personal de riesgo, junto a la información disponible en la intranet del hospital, en colaboración con la Unidad de Comunicación La Fe, y en los programas de prescripción electrónica, han facilitado una mejora en la gestión de este tipo de medicamentos.

La farmacia comunitaria aboga por mantener la dispensación de DH

A. CORNEJO
Madrid

Una de las funciones autorizadas temporal y excepcionalmente en esta crisis generada por la Covid-19 ha sido la dispensación en farmacias comunitarias de ciertos medicamentos hospitalarios, a fin de evitar las visitas de pacientes ambulatorios a estos centros. Unas visitas a estos centros especialmente desaconsejadas en época de pandemia.

Planes de futuro

La farmacia comunitaria ha vuelto a poner sobre la mesa la satisfacción de los pacientes con esta medida para 'validar' su mantenimiento futuro. Esta reflexión fue expresada por varios de los participantes del encuentro virtual "La farmacia en el desconfinamiento",

organizado por El Global con el apoyo de Cofares y Cinfa.

"Creo que también va a haber un antes y un después con la dispensación de medicamentos DH tras esta crisis", vaticinó Luis González, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Madrid.

Otros compañeros fueron más explícitos: "¿Qué sentido tiene decirle a aquel paciente que ha recibido estos meses sus medicamentos en la farmacia de referencia que ahora debe volver a acudir al hospital a por renovaciones?", cuestionó Jordi de Dalmasas, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona. Para otros, el debate está al margen de crisis o momentos excepcionales. "Si el medicamento se lo administra el propio paciente en su domicilio, debe ser dispensado en las farmacias", añadió Luis de Palacio, presidente de FEFE.



El encuentro virtual organizado por El Global tuvo un gran seguimiento por parte del sector farmacéutico.

Cabe recordar que el Ministerio de Sanidad autorizó esta posibilidad asociada al estado de alarma, pero eran las comunidades autónomas las que decidían si hacer uso (o no) de ella.

Solo cuatro regiones han delegado la dispensación de medicamentos hospitalarios en las boticas, de la que se han beneficiado 7.000 pacientes (según datos del Consejo General de Colegios

Oficiales de Farmacéuticos). ¿Resta esta cifra opciones de que se implante esta medida en toda España y al margen de una situación de urgencia? "Duele mucho que en algunas regiones no se haya contado con las farmacias y da envidia sana allá donde sí se ha hecho. Respecto a Madrid, se lo volveremos a pedir al consejero", remarcó el presidente del colegio regional.



La imagen mostrada contiene modelos y se utiliza exclusivamente para fines ilustrativos. Janssen-Cilag, S.A. © JC 2019

EW-11157 - Mayo 2019

Creando un futuro en el que las enfermedades sean cosa del pasado

Somos Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Nuestro compromiso es proporcionar grandes descubrimientos e innovaciones médicas significativas. Colaboramos con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud para que algún día las enfermedades más temidas solo se encuentren en los libros de historia.



Especializada

Cáncer y Covid-19: implantar la telemedicina y mejorar la coordinación, claves para el futuro

Expertos en cáncer llaman a analizar los obstáculos detectados en oncología durante la crisis de la Covid-19 para plantear estrategias de futuro



NIEVES SEBASTIÁN
Madrid

La Covid-19 ha causado un gran impacto a nivel mundial. Pero no sólo de manera directa. Indirectamente, la sobrecarga de los sistemas sanitarios ha dificultado la atención a los pacientes de otras especialidades. En el caso de la oncología es especialmente preocupante, puesto que muchos pacientes no han podido acudir a consulta a que se haga un seguimiento de su caso, o han tenido que interrumpir su tratamiento.

Para abordar los obstáculos que han encontrado los servicios de oncología médica en varias regiones, Gaceta Médica, con el apoyo de GSK y la Fundación Merck Salud ha impulsado el encuentro 'La asistencia oncológica en tres regiones de España: Galicia, Valencia y Madrid'. En este encuentro, profesionales del sector, trataron también de apuntar a posibles estrategias de futuro que aseguren la atención a pacientes oncológicos en situaciones de emergencia sanitaria.

De cara a abordar una situación similar en el futuro, los especialistas coinciden en que es necesaria una mayor coordinación de todos los recursos, así

Servicios de oncología

Los profesionales del sector tratan de apuntar a posibles estrategias de futuro que aseguren la atención

Retraso diagnóstico

Los especialistas coinciden en que en que en los próximos meses resurjan que no se han podido tratar

como mejorar la implantación de la telemedicina para hacer un uso efectivo de la misma.

"Los pacientes de cáncer son de alto riesgo, tanto a nivel de infectarse como de fallecer si padecen la enfermedad", planteaba Vicente Guillem, jefe de servicio de Oncología Médica de la Fundación IVO de Valencia y presidente de la Fundación ECO. El especialista considera que se han dado situaciones excepcionales que han justificado las desviaciones de atención de los pacientes, pero que ahora es importante atender a dos vertientes.

"Hay que ver cómo influye la crisis de la Covid-19 en los datos de pacientes oncológicos; y ahora que la pandemia está cediendo, hay que ver cómo retomamos la atención", explicaba.

Sobrecarga de los centros

Apuntando al momento actual, donde la pandemia está remitiendo, los oncólogos analizaban cómo está la situación en sus servicios. "En Galicia estamos volviendo a la normalidad, aunque en el centro donde trabajo hemos sufrido menos la pandemia que otras regiones, por lo que tenemos más capacidad", indicaba Rafael López, jefe de servicio de Oncología Médica del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. López concretaba que tanto el hospital de día como los servicios quirúrgicos en oncología están ya casi al completo de su capacidad, y que ahora la prioridad pasa por prepararse para el futuro, atendiendo a los retrasos que se han dado en las últimas semanas, poniendo el foco "en el diagnóstico precoz, las pruebas diagnósticas y la cirugía".

En la otra cara de la moneda estaría el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, que ha sido uno de los centros que más ha

sufrido el impacto de la Covid-19. Alfredo Carrato, jefe de servicio de Oncología Médica en el mismo, precisaba que han llegado a tener "1018 pacientes ingresados a la vez, con 114 en cuidados intensivos, por lo que no ha podido funcionar nada más del hospital, aparte de oncología y hematología".

Carlos Gómez, jefe de sección de Oncología Médica en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, explicaba que en su centro se ha vivido una situación similar. "Llegamos a tener más de 1.000 pacientes de Covid-19 y una gran sobrecarga, por lo que tuvimos que dividir el servicio", afirmaba. Ahora, aseguraba, están "recuperando fuelle" y que el siguiente paso es "analizar todo lo que hemos hecho y dejado de hacer" para volver a organizar el servicio.

Demoras y aglomeraciones

"Una de las situaciones que ha cambiado la Covid-19 es que no podemos tener aglomeraciones y, lo que antes cubríamos con un sobre esfuerzo, ahora no podemos", destacaba Rafael López. Una de las consecuencias es que se van a prolongar las listas de espera. Y es que, según detallaba Alfredo Carrato "el necesario distanciamiento entre pacien-



tes y la arquitectura actual de los centros va a limitar el número de pacientes que podemos ver en una jornada”.

A este respecto, Vicente Guillem planteaba que la única forma viable de atender a todos los pacientes que lleguen como consecuencia de las demoras es “ampliar la jornada laboral”. Aunque esta jornada laboral no tiene porque ser necesariamente presencial. “Nos hemos puesto un máximo de 10 pacientes al día –detallaba Carrato–, al resto les atenderemos mediante teletrabajo para reducir la actividad presencial”. “Hay pacientes que pueden hacer sus revisiones mediante telemedicina, al conocer sus biomarcadores, o para dar resultados de pruebas... aunque hay otros casos en los que hay que tener en cuenta que no es posible”, concluía Carrato”.

Los especialistas coincidían en que todo esto va a repercutir en que en los próximos meses resurjan aquellos casos que no se han podido tratar en las últimas semanas. Y es que, se ha registrado un descenso de casos en este período, que los oncólogos señalaban, no se corresponde con la realidad. Así, auguraban que en los próximos meses, si se recuperan las pruebas diagnósticas se verá este desajuste. También indica-

ban que ya se está viendo como todos aquellos pacientes oncológicos que no han podido acudir a las citas programadas o lo han evitado por miedo, están acudiendo a los hospitales. Muchos de ellos, detallaban, acuden cuando la situación es insostenible, lo que también puede repercutir en su pronóstico.

Presente y futuro de la telemedicina

Sobre la telemedicina, Carlos Gómez opinaba que “se ha implantado va a durar muchos meses, incluso puede que se quede para siempre”. Para ello, aludía a que “los pacientes van a tener que acostumbrarse a que si no es necesario, no se acudirá a la consulta de manera presencial”.

Carlos Camps, jefe de servicio de Oncología Médica del Hospital General de Valencia, exponía que su centro fue el que más pacientes de Covid-19 albergó en su región, lo que fue muy complejo. “Tuvimos que ver cómo ingresar a pacientes, montar la telemedicina con nuestros propios medios, e incluso cómo llamar a algunos pacientes y explicarles que lo mejor sería no recibirlos y no darles tratamiento”, expresaba Camps. Esto, opinaba, tendrá un alto impacto en los próximos meses. Aun así, resaltaba

una consecuencia positiva de esta crisis: “se ha puesto de relieve que la telemedicina llega para quedarse”. Pero más allá de esto, instaba a analizar las deficiencias que se han producido, que consideraba que deben alertar de que “no se pueden improvisar soluciones, hay que seguir reclamando la importancia de la investigación y la sanidad”.

Rafael López hacía referencia a que esta crisis va a traer dos aspectos: “la telemedicina, aunque no estemos preparados puesto que necesitamos medios para implantar un sistema más complejo del que solo se disponen en algunas clínicas privadas, y una reingeniería de todo el sistema cambiando de un ‘hospitalcentrismo’ a un ‘pacientecentrismo’”.

Dentro del sistema de telemedicina a implantar, los oncólogos también resaltaban el hecho de que hay pacientes, sobre todo los más mayores, con dificultades para manejar las nuevas tecnologías. Por ello, instaban a poner recursos tanto materiales como formativos que aseguren una democratización de este servicio.

Coordinación entre niveles asistenciales

“Me gustaría ser optimista y pensar que esta situación va a cambiar muchas cosas, pero tendemos a actuar tarde”, lamentaba Carlos Gómez. En esta línea afirmaba, “ahora vamos a usar la telemedicina para abordar todo el trabajo, pero falta mucho trabajo en atención primaria o coordinación a otros niveles asistenciales, y esta situación no va a favorecer que mejore”. Gómez consideraba que “abandonar el hospitalocentrismo en la atención oncológica va a ser muy complicado porque no estamos preparados”.

También Carlos Camps llamaba a reforzar la coordinación entre niveles asistenciales. “Una de las grandes revoluciones del Sistema Nacional de Salud es el trabajo en red entre los centros de especialidades; y la gran revolución necesaria es la de la medicina primaria”, aseguraba. Aquí puntualizaba que desde 1984 no se ha hecho ninguna ley en este aspecto, lo que evaluaba como especialmente grave al considerar que “la medicina primaria es la gran fuerza de trabajo del sistema español y está infrautilizada”.

En esta afirmación coincidía Alfredo Carrato. “El futuro nos depara un nuevo escenario; haber pasado esta etapa ha demostrado una insuficiencia del sistema, y si los políticos tienen voluntad de diseñar una sanidad universal y sostenible, deberían empezar a programar el trabajo en red de todos los recursos, tanto a nivel hospitalario como de atención primaria”, aclaraba. “Todo tiene que reformularse de una manera más eficiente, con un sistema que muestre a tiempo real todos los datos y que haya transparencia absoluta en los resultados para ver también donde hay problemas y poder trabajar sobre ellos”, concluía.

Llamamiento para un nuevo Plan de Cáncer

Carlos Camps consideraba que, aunque se perdió la oportunidad de la anterior crisis económica, ahora hay que aprovechar para demandar un nuevo plan de cáncer. “Desde la Fundación ECO estamos trabajando en ello; pero más allá de escribir cuatro conceptos, es crucial que se pongan recursos para que las ideas plasmadas lleguen al ciudadano”, planteaba. Siguiendo este hilo señalaba que “el cáncer es una enfermedad curable si se diagnostica pronto, por lo que hay que incidir en el papel del diagnóstico molecular para mejorar el abordaje”.

Vicente Guillem expresaba la necesidad de contar con un “Plan de Cáncer integral, que vaya desde el diagnóstico precoz hasta los cuidados paliativos”. A este respecto, Rafael López añadía que hay que contar con un “plan suficientemente ambicioso como para poder ejecutar una gran parte del mismo, para lo que ha de contarse con una organización de éxito, financiación finalista, y organizando un red al respecto en toda España”.

Por su parte, Alfredo Carrato, manifestaba que este nuevo plan ha de servir de la experiencia de aquellos oncólogos que tienen una amplia trayectoria en la especialidad, ofreciendo su colaboración aunque no se mantenga en activo ya que, señalaba, “independientemente de que llegue la edad de jubilación, seguiremos siendo médicos y estando al día, por lo que trataremos de poner nuestro grano de arena para ayudar al progreso de la medicina”.

ASCO 2020

ASCO apuesta por potenciar la medicina de precisión en oncología pediátrica

Desarrollan un algoritmo para identificar objetivos moleculares y vincularlos a terapias dirigidas



CARMENM. LÓPEZ
Madrid

La Sociedad Americana de Oncología Médica (ASCO) ha dado el pistoletazo de salida a su Congreso Anual. En estos primeros días se ha presentado un estudio que pone sobre la mesa el valor de la medicina de precisión en el ámbito de la oncología infantil.

Así investigadores han desarrollado un algoritmo para identificar objetivos moleculares y vincularlos a terapias dirigidas para cánceres pediátricos recurrentes con un pronóstico desfavorable. En un estudio reciente, este enfoque extendió el tiempo hasta la progresión de la enfermedad en tres meses para un pequeño grupo de pacientes pediátricos con objetivos de muy alta prioridad.

“Este trabajo muestra el potencial de la medicina de precisión para extender la supervivencia de nuestra población más preciada de pacientes con cáncer, los niños. En nuestra lista de prioridades de investigación para acelerar el progreso, ASCO señaló la importancia de trasladar la medicina de precisión al cuidado de pacientes pediátricos. Estos primeros resultados proporcionan la

“Estos primeros resultados proporcionan la base para continuar la investigación en este área”

Este trabajo muestra que es posible identificar objetivos de precisión en los cánceres recurrentes

base para continuar la investigación en este área”, destaca el Director Médico y Vicepresidente Ejecutivo Richard L. Schilsky.

Aunque el abordaje actual del cáncer infantil tiene un buen resultado con tasas de curación generalmente altas, la enfermedad de alto riesgo recidivante se asocia a un pronóstico desfavorable. En su mayor parte, aseguran los investigadores, la oncología de precisión aún no se ha aplicado en la atención del cáncer pediátrico, a diferencia del cáncer en adultos donde ha mejorado los resultados.

“Para los pacientes pediátricos, si el cáncer ha recaído, el pronóstico es malo

y hay pocos tratamientos nuevos e innovadores”, dijo el autor principal Cornelis van Tilburg, oncólogo pediátrico en el Centro de Cáncer Infantil Heidelberg de Hopp. “Compare esto con la oncología para adultos, donde hay muchos ensayos nuevos, muchos biomarcadores nuevos y muchos medicamentos nuevos. La oncología pediátrica está realmente rezagada en lo que respecta a la medicina de precisión y el desarrollo de nuevos medicamentos”.

La toma de decisiones

El registro de Terapia Individualizada para Tumores Malignos recurrentes en la infancia, también conocido como INFORM, fue desarrollado por un consorcio de oncólogos pediátricos e investigadores de genómica para desarrollar enfoques de precisión. Unos enfoques basados en medicamentos con el objetivo de evaluar su eficacia en los cánceres pediátricos refractarios recidivantes o terapéuticos de alto riesgo.

Los resultados de este trabajo muestran que es posible identificar objetivos de precisión en los cánceres pediátricos recurrentes que pueden

guiar la toma de decisiones clínicas sobre los enfoques de tratamiento. “Este registro ha abierto el panorama genómico en oncología pediátrica”, dice Van Tilburg. “Proporciona una fuente única de información para ayudar a unir nuevos medicamentos o esquemas de medicamentos con biomarcadores adecuados en ciertas poblaciones de pacientes pediátricos”, señala.

Precisamente, el registro INFORM aglutina la recolección de datos clínicos y moleculares de material tumoral recién de pacientes pediátricos con enfermedad maligna refractaria / recidivante / progresiva.

Próximos pasos

Los investigadores planean continuar analizando datos del registro utilizando el algoritmo. Se están implementando análisis moleculares y funcionales adicionales para el registro, incluyendo exámenes de drogas ex vivo en material tumoral viable y algoritmos de biomarcadores complejos.

Además, en base a los resultados obtenidos del registro INFORM, se lanzó una serie de ensayos de fase I/II controlados por biomarcadores (también llamado INFORM 2).

Cáncer y Covid-19: incógnitas en el tratamiento del cáncer avanzado

ASCO avanza datos sobre la progresión del cáncer asociada a un mayor riesgo de muerte en pacientes Covid

C.M.L.
Madrid

“La comunidad oncológica necesita urgentemente datos sobre los efectos de la Covid-19, específicamente en pacientes con cáncer. La forma en que mejoramos la atención que brindamos a estos pacientes y reducimos el número de muertes y las graves consecuencias asociadas con esta enfermedad se encuentran entre las principales preguntas”. A juicio del presidente de ASCO, Howard A. Burris III, el registro Covid-19 y Cancer Consortium es un gran ejemplo del trabajo en red necesario para identificar y recopilar los datos a gran escala.

Más datos

Un estudio publicado durante ASCO 2020 avanza algunos datos en relación al virus. Los pacientes con cáncer y Covid-19 tienen un mayor riesgo de muerte. El tratamiento frente a la Covid-19 con hidroxiquina y azitromicina también se asoció fuertemente con un mayor riesgo de muerte, según los datos del registro Covid-19 y el Consorcio de Cáncer. Este registro contiene información de pacientes que dieron positivo en el virus. Además, alrededor del 40 por ciento de los pacientes en el registro también tienen cáncer activo. “Estos son datos tempranos

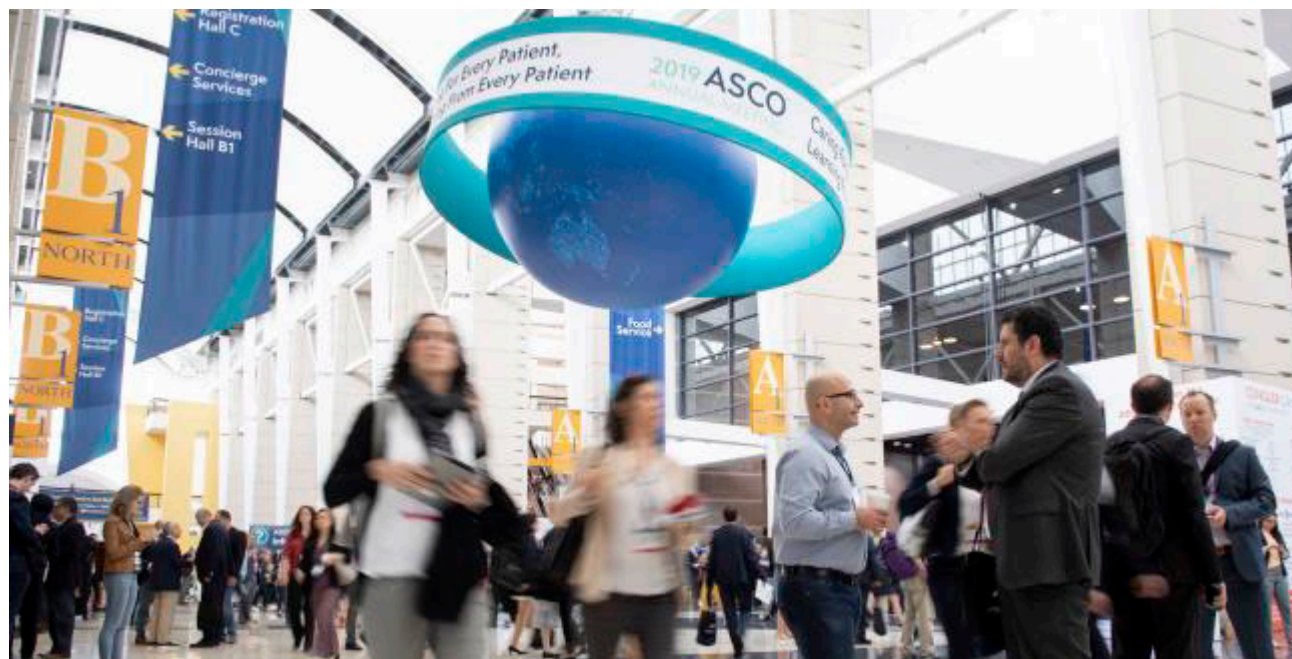


Imagen de archivo del Congreso Anual del año pasado.

y en evolución, y se necesitará más tiempo y análisis para confirmar y ampliar estos hallazgos”, señala el autor principal Jeremy L. Warner, profesor Asociado de Medicina e Informática Biomédica en el Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt en Nashville.

“En este momento, estamos trabajando para obtener rápidamente infor-

mación acerca de por qué algunos pacientes con cáncer se infectan con el virus SARS-CoV-2 e identificar los factores que afectan la gravedad de la enfermedad y la muerte. También nos interesan los efectos de los tratamientos que se utilizan para tratar a los pacientes con cáncer que tienen Covid-19 “.

El uso de una combinación de hidroxiquina y azitromicina para tratar Covid-19 se asoció con un riesgo 2.89 veces mayor de mortalidad a los 30 días que el uso de ninguno de los dos medicamentos. Sin embargo, no hubo un aumento significativo en el riesgo asociado con el uso de cualquiera de los dos medicamentos solos.

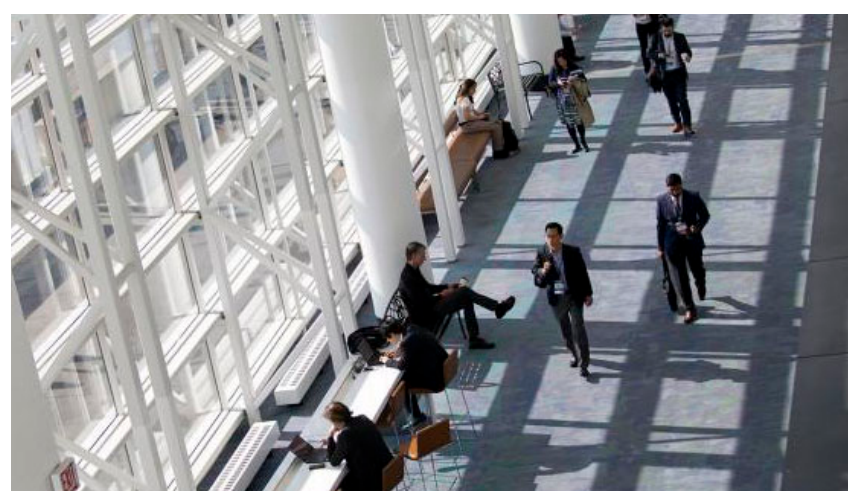
La QT tras diagnóstico Covid-19 asociada a mayor mortalidad en tumores torácicos

C.M.L.
Madrid

“Varios factores, como daño pulmonar preexistente, tabaquismo, edad avanzada y comorbilidades, hacen que los pacientes con cánceres torácicos sean especialmente vulnerables a la Covid-19. En este momento hay muchas preguntas y no muchas respuestas. Estos hallazgos nos dan algunas ideas sobre los resultados para los pacientes con cáncer que desarrollan Covid-19”, avanza el presidente de ASCO Howard A. Burris III.

Lo ha hecho a raíz de los datos publicados en el Congreso Anual que avanza que la quimioterapia administrada los tres meses posteriores al diagnóstico de la Covid-19 está asociada con un mayor riesgo de muerte en pacientes con un tumor torácico.

Entre los pacientes con cáncer de pulmón y otros tumores torácicos



Este año, la sociedad americana ha planteado el Congreso de manera virtual.

también diagnosticados con el virus, el uso previo de quimioterapia, sola o en combinación con otros tratamientos, se asoció con un mayor riesgo de muerte,

según este análisis.

Los datos provienen del registro internacional de colaboración coCid 19 del cáncer torácico (TERAVOLT) y son

los más recientes disponibles hasta la fecha.

La autora principal Leora Horn explica la rapidez con la que pudieron poner en marcha este ensayo. Lo normal dice es que la inscripción de pacientes lleve meses, sin embargo en menos de una semana pudieron activar esta investigación.

A medida que se recopilan más datos, los autores tienen la intención de proporcionar información sobre el manejo del cáncer torácico y Covid-19 en pacientes con ambas enfermedades. La recopilación de datos está en curso, y se plantean análisis adicionales para examinar las percepciones de pacientes y proveedores sobre el impacto del virus en la atención del cáncer.

Solo los pacientes tratados con quimioterapia dentro de los tres meses posteriores al diagnóstico de la Covid-19 tuvieron un riesgo significativamente mayor (64 por ciento) de morir por el virus en comparación con los pacientes que no recibieron quimioterapia. De los 144 pacientes que murieron, el 79,4 por ciento falleció por el virus y el 10,6 por ciento por cáncer.

ANA PÉREZ | Directora Médica de AstraZeneca

“Los pacientes con asma no se han visto especialmente afectados por la Covid-19”

SANDRA PULIDO
Madrid

Con toda España ya inmersa en la desescalada, la plataforma ‘En Asma el Cero Cuenta’ de AstraZeneca apuesta por el #CeroDesconocimiento en aquellas personas que sufren patología asmática. Una iniciativa que persigue un doble objetivo: visibilizar la enfermedad entre la población general y aportar información de utilidad para los pacientes; especialmente sobre el asma y la Covid-19.

GACETA MÉDICA habla con Ana Pérez, directora Médica de AstraZeneca, sobre esta iniciativa y el abordaje actual del asma.

Pregunta. ¿Cuál es el objetivo del lema #CeroDesconocimiento?

Respuesta. El Día Mundial del Asma (5 de mayo) la plataforma ‘En Asma el Cero Cuenta’ ha apostado por el lema #CeroDesconocimiento, con un doble objetivo. Por un lado, visibilizar la enfermedad entre la población general y, por otro, aportar información de utilidad para los pacientes. Más concretamente sobre el asma y la Covid-19, porque la mayoría de los pacientes crónicos están viviendo un periodo de incertidumbre debido a la situación actual.

Por ello, la web de “En asma el cero cuenta” dispone de una sección sobre asma y Covid-19 en la que los pacientes pueden acceder a una gran variedad de contenidos audiovisuales que les ayudarán a resolver muchas de sus dudas y que busca consolidarse como un punto de referencia al que acudir cuando se necesita información sobre este tema. En este apartado encontraremos recomendaciones de profesionales sanitarios que aportan sus conocimientos sobre el asma y el coronavirus. Toda esta información exhaustiva y contrastada, se completa con información más general sobre los diferentes tipos de asma o cómo esta enfermedad afecta a diferentes sectores de la población, como la edad pediátrica -ya que se trata de la enfermedad crónica más común en el mundo en la infancia y la adolescencia- o el asma durante el embarazo.

P. ¿Qué interacciones se están viendo entre asma y Covid-19?

R. Tal y como han destacado los propios profesionales sanitarios, durante la pandemia de Covid-19 se ha observado que los pacientes con patologías respiratorias crónicas, y más concretamente con asma, no se han visto especialmente afectados por la enfermedad. Entre otros aspectos, esto puede deberse a que los propios pacientes se han sometido a unas medidas de confinamiento y protección más estrictas desde el inicio de pandemia. Esto incluye



EL ASMA EN LA ÉPOCA DE ALERGIAS

El asma es una enfermedad crónica, lo que implica que es necesario un tratamiento mantenido que ayude a controlar la enfermedad de base. Por eso resulta tan importante una adherencia terapéutica que garantice que la enfermedad está controlada en todo momento. Esto, por supuesto, incluye épocas con mayor incidencia de alergias, cuando los síntomas pueden verse agravados, pero lo más importante siempre es seguir las indicaciones de los profesionales sanitarios.

una mejor adhesión al tratamiento antiasmático, que es un elemento clave para lograr un buen control de la enfermedad.

P. Entonces, ¿los pacientes asmáticos deben considerarse pacientes de riesgo?

R. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, incluye a las personas con enfermedades respiratorias crónicas como personas de riesgo. Si tenemos en cuenta esta clasificación, podría decirse que los pacientes asmáticos si que son considerados población de riesgo. Sin embargo, como he indicado anteriormente, los expertos están destacando que estos pacientes no se han visto afectados más afectados por la enfermedad.

Sin embargo, la percepción por parte de la población general resulta ser muy distinta. Tanto es así, que según revelan los resultados de un estudio de mercado elaborado recientemente por AstraZeneca y cuyos resultados se dieron a conocer en el Día Mundial del Asma, 8 de cada 10 españoles perciben a los pacien-

tes asmáticos como población vulnerable. Por este motivo, hemos trabajado intensamente para poner a disposición de los pacientes la web “En Asma el Cero Cuenta”, con la sección específica de asma y Covid-19.

P. ¿Los tratamientos contra el asma podrían funcionar de barrera contra el SARS-CoV-2?

R. Actualmente, la comunidad científica está trabajando en este tipo de investigaciones, pero aún no disponemos de resultados concretos. En cualquier caso, es importante seguir las recomendaciones emitidas por las sociedades científicas como Separ, que inciden en la importancia de no suspender ni modificar ninguno de los tratamientos, ya que este tipo de virus que afectan al sistema respiratorio, podían causar agudizaciones en enfermedades como el asma o la EPOC.

P. ¿En qué tratamientos está trabajando AstraZeneca de cara al futuro?

R. El área respiratoria es clave para la compañía y no dejamos de investigar en soluciones innovadoras que ayuden a

mejorar la calidad de vida de los pacientes con este tipo de enfermedades.

Nuestro portfolio incluye importantes avances para mejorar el control del asma en función de la gravedad. En este sentido, recientemente hemos lanzado un tratamiento biológico para el asma grave no controlada y su opción de autoadministración por el propio paciente, que supone una importante mejora en su calidad de vida.

P. ¿A qué edad es más común presentar este tipo de asma?

R. Las complicaciones del asma no dependen de la edad, sino del tipo y nivel de gravedad del asma. Por ejemplo, el asma grave no controlada es un tipo de asma muy debilitante y los pacientes pueden presentar crisis asmáticas frecuentes y limitaciones importantes en la función pulmonar y la calidad de vida; presenta, además, especiales complicaciones en su tratamiento por causas ajenas al asma, como la falta de adherencia, la existencia de otra enfermedad que empeora sus síntomas, el tabaco, etc. Se trata de factores que dificultan su tratamiento y que no están asociados a edades determinadas. Por eso, una de las claves para evitar complicaciones el seguimiento médico adecuado para tener el asma bajo control y, algo fundamental, confirmar que los tratamientos se siguen de forma adecuada.

ISABEL SÁNCHEZ MAGRO | Directora del departamento Médico de Merck

“Podemos asegurar que hoy sabemos mejor que nunca cómo actúa la EM”

SANDRA PULIDO
Madrid

El 30 de mayo se conmemora el Día Mundial de la Esclerosis Múltiple (EM), una enfermedad que afecta en España a más de 50.000 personas. GACETA MÉDICA entrevista a Isabel Sánchez Magro, directora del departamento Médico de Merck sobre las novedades más importantes en el abordaje de esta enfermedad.

Pregunta. La primera pregunta es casi obligada en cualquier entrevista actual. ¿Cómo se está viendo afectado el paciente con EM que haya contraído Covid-19?

R. La pandemia ocasionada por la Covid-19 nos ha preocupado a todos, pero especialmente a los colectivos más sensibles. Esta crisis nos ha llevado a estudiar en un tiempo récord a qué nos estamos exponiendo y qué implicaciones tiene para los diferentes subgrupos de pacientes. En el caso de la esclerosis múltiple, actualmente no existe evidencia de que estos pacientes tengan un riesgo mayor de infectarse con el virus o de presentar complicaciones severas derivadas de la Covid-19.

Como compañía estamos facilitando la identificación de potenciales terapias. Esto nos ha llevado a colaborar de manera desinteresada con terceros para valorar el potencial uso de uno de nuestros tratamientos para la EM, el interferón beta-1a, que actualmente no está aprobado por ninguna autoridad regulatoria para el tratamiento del Covid-19 o para su uso como agente antiviral ni existe en estos momentos información sobre su uso en pacientes con Covid-19. Hemos donado 290.000 unidades de este fármaco a la OMS para su uso en el estudio clínico global Solidarity y nuestro apoyo se concreta también en la donación de este fármaco al Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), atendiendo la petición de este centro de investigación para estudiar nuestra terapia en el ensayo clínico Discovery.

P. ¿En qué punto actual nos encontramos en el abordaje de la EM?

R. Podemos asegurar que hoy sabemos mejor que nunca cómo actúa la enfermedad. Este conocimiento ha conducido a que hayamos mejorado progresivamente miles de vidas, normalizando el día a día de los pacientes con EM. Gracias a la investigación en esta área, se ha producido un salto verdaderamente cualitativo en el tratamiento de la EM: en un plazo aproximado de 25 años hemos pasado de no tener un tratamiento específico frente a la enfermedad a contar con 14 fármacos para la EM y probablemente



“En un plazo aproximado de 25 años hemos pasado de no tener un tratamiento específico frente a la enfermedad a contar con 14 fármacos”

“Las estrategias de individualización del tratamiento han conducido también a líneas de investigación como el estudio de los neurofilamentos mediante un sencillo análisis de sangre”

podamos contar con otros 5 o 6 nuevos en los próximos años.

En Merck iniciamos nuestro compromiso con los pacientes con EM hace ya más de 20 años, en ese momento en el que la EM era una patología para la que apenas existía un tratamiento. Nuestro portfolio en EM cuenta ya con dos terapias modificadoras de la enfermedad y actualmente estamos investigando en Fase III una tercera. Se trata de evobrutinib, el primer y único inhibidor oral altamente selectivo de BTK, una proteína importante en el desarrollo y funcionamiento de varias células inmunes, como los linfocitos B y los macrófagos.

Acabamos de presentar nuevos datos en cuanto a su seguridad y eficacia en el Congreso de la Academia Europea de Neurología (EAN). Evobrutinib ha demostrado que tiene un alto impacto

sostenido en el tiempo sobre la tasa anualizada de brotes a lo largo de 108 semanas, ya que los resultados relativos a la tasa anualizada de brotes en la fase doble ciego (48 semanas) se mantuvieron más allá de la fase de extensión abierta (60 semanas más).

P. ¿Conseguiremos revertir la desmielinización?

R. El gran reto es borrar la huella de la EM, tanto curando de manera definitiva la enfermedad como remielinizando las células dañadas. En esta línea de trabajo de la regeneración celular, si bien hay muchas moléculas en desarrollo dirigidas a distintas dianas terapéuticas aún estamos en un terreno muy experimental.

Sin embargo, donde se están produciendo grandes avances es en la individualización del tratamiento. Hoy disponemos de opciones de tratamiento más sencillas y adaptadas al estilo de vida de los pacientes que, por su posología y pauta de administración, apenas interfieren en su día a día de manera directa ni indirecta, por ejemplo, reduciendo el número de visitas a los hospitales para su monitorización. Fármacos como cladribina comprimidos están ayudando a que la EM no lleve las riendas de la vida del paciente y a que éste recupere su libertad a la hora de definir su proyecto vital en torno a cuestiones tan críticas como formar una familia si es su deseo o tener una vida laboral activa.

Las estrategias de individualización del tratamiento han conducido también a líneas de investigación verdaderamente interesantes, como el estudio de los neurofilamentos mediante un sencillo análisis de sangre, cuya aplicación podría ayudar a identificar brotes subclínicos, la respuesta terapéutica a un tratamiento para la EM y la progresión de la neurodegeneración.

P. ¿Cree que hemos conseguido acabar con la ‘imagen’ de la silla de ruedas tan asociada a esta enfermedad?

R. Gracias al amplio abanico de tratamientos que existe actualmente, las personas a las que se diagnostica hoy la EM y que cumplen con el tratamiento pueden, junto con su especialista, controlar la progresión de la patología y, en definitiva, limitar su impacto sobre su autonomía. El pronóstico de una persona diagnosticada hoy no se parece al de un paciente a quien se le detectaba la enfermedad hace 20 años, afortunadamente. Esta realidad todavía no ha trascendido a la sociedad. La equivocada creencia de que tener esclerosis múltiple es sinónimo de terminar dependiendo de una silla de ruedas en el transcurso de unos años está muy extendida socialmente. Lo cierto es que gran parte de la sintomatología es invisible y suele pasar inadvertida a los ojos de los demás.

Más GACETA MÉDICA



38 millones de lectores

El rigor de Gaceta Médica para todos los públicos en



“Tratamientos como la radioembolización han sido fundamentales en CHC”

Ana Matilla destaca el papel durante la pandemia en trasplantes y cirugías que debían ser diferidas

MARIO RUIZ
Madrid

Con motivo del Día Mundial de la Salud Digestiva, es necesario subrayar la incidencia tumoral que estas presentan en la actualidad, con una elevada frecuencia y mortalidad. El cáncer hepático primario es así la sexta neoplasia en todo el mundo, además de la cuarta muerte por cáncer.

Como ha ocurrido en la mayoría de unidades, el impacto de la pandemia se ha dejado notar también en sus servicios, como el de Aparato Digestivo y Hepatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. El desvío de recursos humanos de todo tipo de profesionales sanitarios hacia áreas críticas de atención a pacientes Covid-19 ha sido una constante, tal y como relata Ana Matilla, médico adjunto del servicio.

En el momento actual la situación es bien distinta, con la meta en el horizonte la puesta en marcha de la actividad asistencial. Aún todavía con un ritmo lento, se están diseñando circuitos libres de coronavirus para minimizar el riesgo de contagio. Matilla señala así la importante sobrecarga ya sufrida antes de la pandemia, por lo que en el servicio se es consciente de la demora que existirá en adelante, atendiendo a pacientes con complicaciones por la espera, retrasos diagnósticos y pérdidas de seguimiento.

CHC durante la Covid-19

Por su parte, el carcinoma hepatocelular (CHC) es ya en España el décimo más frecuente y la séptima causa de muerte por cáncer. Aunque ha existido variabilidad entre comunidades, el impacto de la crisis sanitaria en pacientes con CHC, en los grandes hospitales de Madrid su actividad asistencial se ha visto ralentizada. “La actividad trasplantadora se ha limitado a casos concretos de fallos



Ana Matilla, médico adjunto del Servicio de Aparato Digestivo y Hepatología del Hospital Gregorio Marañón.

hepáticos fulminantes o insuficiencia hepática grave, donde el riesgo vital sin el trasplante superaba con creces los otros riesgos a asumir en la pandemia”, apunta Matilla.

En lo que respecta a procedimientos quirúrgicos, el área de CHC ha parado completamente su actividad en el hospital “pues la infraestructura de quirófanos se utilizó para ampliar las camas de

intensivos”. Sin embargo, la actividad en pacientes oncológicos con alta carga tumoral se ha mantenido prácticamente intacta para evitar la pérdida de la ventana terapéutica.

Escenario de la RE

Uno de los tratamientos que se emplea para tratar este tipo de patología es la radioembolización (RE), consistente en

la administración dentro del árbol arterial del hígado de millones de pequeñas partículas radioactivas cargadas con un isótopo radiactivo llamado Itrio-90. “La mejora de la técnica, la mejor selección de los pacientes y la posibilidad de combinar con tratamientos de otro tipo como la inmunoterapia, o los tratamientos oncológicos orales o intravenosos está haciendo que la RE tenga un enorme potencial terapéutico en el CHC en diferentes escenarios clínicos posibles”, explica Matilla.

Los tratamientos intraarteriales han sido una herramienta fundamental en el manejo del CHC durante la pandemia. “Han sido el tratamiento puente hacia la opción terapéutica definitiva, cirugía o trasplante que necesariamente debía ser diferida”, reseña, “especialmente la RE pues su buena tolerancia y la posibilidad de hacerlo sin necesidad de ingreso mayor de 12 horas. Según Matilla, esto la ha impulsado como uno de los procedimientos más frecuentemente de tratamiento en estos momentos.

Evolución y futuro

La RE ha mejorado mucho en cuanto a tecnología y procedimiento. Matilla señala que “se ha aprendido la importancia de hacer un tratamiento personalizado que permita obtener el máximo de dosis de radiación en el tumor que asegure la máxima eficacia, con mínima o nula dispersión de partículas en el hígado no tumoral que minimice el daño en el resto del hígado”. Este aspecto es especialmente importante, pues en el CHC el hígado en el que asienta este tumor no es un hígado sano.

“En el futuro la evidencia científica que se genere posicionará la RE en el lugar que debe ocupar no solo en el tratamiento del CHC sino en el tratamiento de tumores hepáticos de otros orígenes”, ha vaticinado la especialista.

Los reumatólogos alertan sobre los efectos del tabaco en enfermedades autoinmunes

GM
Madrid

El consumo de tabaco produce una progresión negativa y resultados adversos en los pacientes con enfermedades diversas como la Covid 19, el lupus, las cardiopatías, la diabetes, el cáncer y un largo etcétera de patologías que nada tienen que ver entre ellas salvo el efecto negativo del tabaco.

Así y con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, que se celebra este domingo, la

Fundación Española de Reumatología (FER) ha puesto en marcha la campaña de concienciación ‘Por tus huesos no fumes’, donde dan visibilidad a los daños que produce fumar en el sistema inmunitario y musculoesquelético y en la que han participado reconocidos prescriptores de todo el país.

Mercedes Milá, Pablo Carbonell, Ramón Freixa, Sandra Barneda, Anne Igartiburu, Ona Carbonell, Modesto Lomba, Juan Carlos Ferrero, Antonio Dechent y Carlota Corredera se han

sumado para denuncia que el tabaco mata a la mitad de sus consumidores en todo el mundo.

Esta pandemia silenciosa, que se cobra al año la vida de ocho millones de personas en todo el mundo, constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitable en España y el resto de países de nuestro entorno.

Según ha explicado el presidente de la Fundación Española de Reumatología y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, José María Álvaro-Gracia, “el tabaquismo aumenta el riesgo de padecer enfermedades autoinmunes sistémicas como el lupus que puede afectar a órganos vitales como el corazón, los pulmones o el riñón así como ser el principal factor ambiental que predispone a padecer artritis reumatoide (AR), multiplicando por cuatro el riesgo de padecerla”.

Añade que “fumar también contribuye al desarrollo de enfermedades reumáticas inmunomediadas como la ya mencionada AR, el lupus, la uveítis o el síndrome de Sjögren”

Con rayos X



PERFIL Este tipo de planes no han sido instaurados aún por ningún país, pero se espera su utilización en España en un futuro próximo

Investigadores proponen un Plan para abordar los efectos del cambio climático en la salud

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

Un Plan integrador para “prevenir y minimizar” los diferentes efectos en salud a los que se asocia el cambio climático es el proyecto que está en manos de los investigadores de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (ENS – ISCIII).

El Plan ha contado con la colaboración de técnicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Universidad Técnica de Dinamarca, según anuncia un comunicado del Ministerio de Ciencia e Innovación. Este tipo de planes no han sido instaurados aún por ningún país, pero se espera su utilización en España en un futuro próximo.

Los principales autores del Plan, los científicos Cristina Linares y Julio Díaz, hacen referencia a las olas de calor en España, que suelen coincidir con la alteración de factores ambientales.

Una respuesta conjunta

En este sentido, Linares, científica titular de la ENS-ISCIII, explica que en las condiciones de una ola de calor, no solo sube la temperatura, sino también las concentraciones de partículas materia-

Cristina Linares y Julio Díaz

“Si los efectos del cambio climático en la salud de las personas son múltiples y se dan de forma conjunta, no tiene sentido abordarlos de forma individual”

les en la atmósfera (las conocidas como PM), los dióxidos de nitrógeno (NO₂) y el ozono. Además, la experta insiste en que estas condiciones suelen coincidir con incendios forestales y períodos de sequía.

El Plan propuesto consta de cuatro fases. La primera de ellas constituiría un Sistema de Alerta Temprana que sirva para detectar eventos con incidencias en la salud. La segunda trata de determinar y cuantificar el impacto esperado con modelos previamente elaborados. Esta detección estimaría qué impacto en morbilidad tiene el evento que ha producido la alerta.

La tercera fase está consolidada sobre la actuación, que podría en marcha diferentes planes que minimicen el impacto.

Disminuir la contaminación

En el caso de una ola de calor producida por entrada de polvo del Sáhara, se activarían los planes de salud relativos al calor y las situaciones episódicas de contaminación. El plan señala que además se activarían medidas tendentes a la reducción de emisiones del tráfico e industria “para que disminuyan las concentraciones de contaminantes de origen antrópico en la atmósfera”, señala el jefe del Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la ENS-ISCIII, Julio Díaz.

Finalmente, la cuarta fase se establece sobre “el aprendizaje del sistema”. En ella se compararían los impactos predichos en la fase dos con los producidos realmente. Se determinarían los puntos débiles del sistema para incorporar mejoras tanto en los procesos de modelización de los impactos como en la actuación.

El Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (Miteco) ya ha tenido en cuenta este estudio en la elaboración del nuevo Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático (PNACC, 2021-2030) y lo seguirá usando como base en la toma de decisiones en la materia.

Carta del Editor *Empatía y visados: cuestión de cercanía*



SANTIAGO DE QUIROGA
Presidente Editor de GM

En la Unión Europea (UE) se habla del principio de subsidiariedad para explicar la razón por la que la sanidad debe ser un asunto de cada Estado miembro. La sanidad se entiende como asistencia sanitaria. Cuando se trata de proporcionar un servicio sanitario, el principio de subsidiariedad indica que los problemas debe resolverlos aquel que está más cerca de los mismos. La asistencia sanitaria debe proporcionarla cada Estado de la UE según sus circunstancias y peculiaridades. En muchos países, dicho principio lleva a descentralizar la sanidad: en los 16 länder alemanes, las 20 regiones en Italia o las 17 CC. AA. en España. Para mí, el principio de subsidiariedad es una manera de explicar que hay que ser cercano en la solución de los problemas, y eso tiene que ver con la empatía del que toma las decisiones. La reciente respuesta del ministerio de sanidad a la petición de eliminación del visado para los enfermos de EPOC de la triple terapia es una falta de empatía manifiesta. Estoy convencido que el ministro Illa no ha sido conocedor de dicha respuesta, aunque debiera.

La EPOC es una de las patologías que figura en un informe del ministerio como especialmente vulnerables por la Covid-19. El visado estaba cuestionado por la comunidad científica y médica, los pacientes y contradecía la propia ficha técnica de los medicamentos de triple terapia y de las propias guías terapéuticas. ¿Se puede añadir más? Pues aún hay más... como en los anuncios de ofertas interminables de la televisión cutre, el visado de los medicamentos fue ya levantado por algunas CC.AA. que sí tienen empatía. Hay 300.000 pacientes con EPOC grave en España que necesitan la triple terapia. Obligarles a continuar en riesgo de volver a tener dificultades para obtener su medicación en los próximos meses es inadmisible. Nadie asegura que los distintos grados de confinamiento empeoren la situación y puedan volver de nuevo. La negación a levantar este visado es la respuesta más carente de empatía que puede dar un funcionario público sobre un problema no resuelto.

@santidequiroya