



El tiempo de la reconstrucción

El BOE publica las bases de la "nueva normalidad" mientras los portavoces del sector sanitario comparecen en el Congreso para formular sus propuestas sobre el futuro del sistema sanitario

P.5Y6

Opinión

La terapia nutricional en pacientes con Covid-19

A CORAZÓN ABIERTO



José Pablo Suárez Llanos

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del H. Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife)

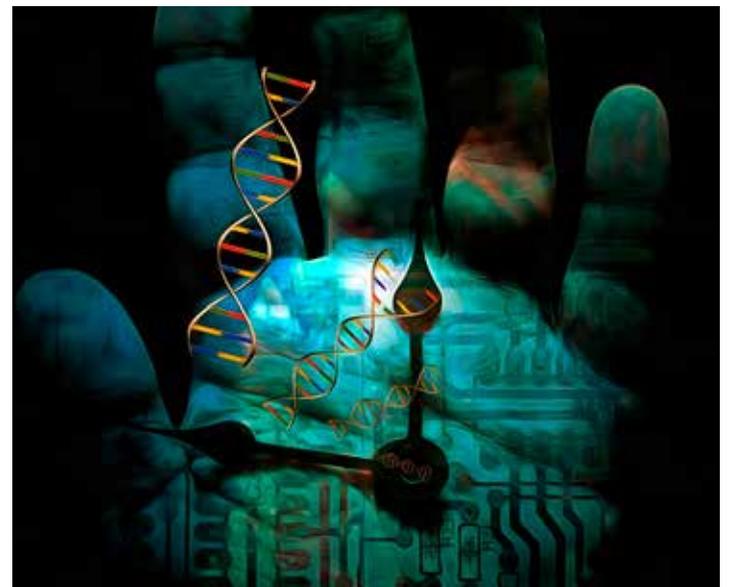
Un reciente informe publicado por el Servicio de Sanidad Portuguesa revela que la terapia nutricional debe ser una parte integral del enfoque terapéutico en pacientes con COVID-19 en situación grave o crítica. En el contexto de la pandemia del COVID-19, aunque la mayoría de los pacientes infectados desarrollan la enfermedad de forma leve (alrededor del 80%), se estima que entre el 6 y el 10% de los pacientes necesita hospitalización, muchos de ellos en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Hasta la fecha, no existe evidencia respecto a la terapia nutricional específica para pacientes críticos y no críticos con COVID-19. Este documento refleja muy bien cómo se han de combinar distintos parámetros para manejar nutricionalmente a estos pacientes: 1) Las premisas básicas habituales utilizadas en el manejo nutricional de cualquier paciente; 2) Lo poco que se conoce del manejo de los pacientes con COVID 19 expresado por las guías ya referidas, y la experiencia propia de cada centro; 3) los recursos con los que cuenta cada centro, así como la presión asistencial según el número de pacientes infectados ingresados; 4) exponer al personal sanitario lo menos posible ante los pacientes con COVID19.

Así, este documento recomienda que se nutra por vía oral a pacientes con COVID-19 que se encuentren en situación menos grave, lo cual incluye el uso de suplementos nutricionales orales, cuando la ingesta de energía y proteínas se estima menor al 60% de las necesidades. En el caso de los pacientes críticos, la nutrición enteral es la ruta preferida y se recomienda que se inicie dentro de las primeras 24 a 48 horas. El uso de nutrición parenteral complementaria debe considerarse cuando las anteriores estén contraindicadas o después de 5 a 7 días en pacientes que no pueden alcanzar más del 60 por ciento de las necesidades energético-proteicas por vía enteral.

Por otro lado, esta guía recomienda la monitorización del soporte nutricional, ya que estos pacientes pueden presentar disfunción gastrointestinal, incluidos vómitos, náuseas y diarrea. Además, en el caso de pacientes intubados, cuando se procede a la extubación tienen una alta probabilidad de no alcanzar sus necesidades nutricionales por vía oral, por lo que se recomienda el mantenimiento de nutrición enteral por sonda hasta que sea posible alcanzar > 60 por ciento de los requerimientos por vía oral.

Otro de los aspectos que aborda este informe, es el de valorar la posible reorganización de los Servicios o de las Unidades de Nutrición Hospitalarias para apoyar las necesidades asociadas con el soporte nutricional de los pacientes con Covid-19 que están hospitalizados.



La normalidad: ¿el renacimiento de un nuevo abordaje asistencial?

EDITORIAL

El Congreso de los Diputados tiene los ojos puestos en la 'reconstrucción' a todos los niveles. En concreto, el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública está siendo testigo de cómo los expertos del sector sanitario están dibujando el renacimiento de un nuevo modelo asistencial. Médicos, enfermeros, farmacéuticos, industria...

En definitiva, el rol de los protagonistas de la sanidad está plasmado en las comparecencias de los expertos. Las fortalezas y debilidades del sistema sanitario han quedado más que claras a lo largo de estos meses. El papel que juegan todos los profesionales, como eslabón fundamental de la cadena, ha sido puesto en valor por todos y cada uno de los ponentes. "El sentimiento de la unidad en el mundo sanitario debe ser potenciado y alejado de intereses espurios", comentaba el fundador de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Emilio Bouza. Sin embargo, las deficiencias del sistema, muchas de ellas presentes desde hace años, también han contribuido a debilitar la estructura sanitaria a lo largo de esta crisis.

La falta de especialización en enfermería; la 'discontinuidad' asistencial que todavía permanece en los distintos niveles; o el desaprovechamiento de recursos como son las unidades de microbiología, por poner algún ejemplo, son algunas de las cuestiones que se han puesto sobre la mesa.

La falta de financiación en Sanidad ha sido una tónica común en el discurso ante la cámara. Dotar al primer nivel asistencial de recursos está ligado también a este reclamo que sin duda prepararía al sistema frente a otras crisis sanitarias. En materia de recursos humanos, conscientes de esta necesidad, el Real Decreto-ley 21/2020, recientemente publicado por el Gobierno, apuesta por garantizar un número suficiente de profesionales sanitarios. El famoso refuerzo de plantillas cobra más importancia que nunca en estos momentos.

Como decía Aristóteles "En las adversidades sale a la luz la virtud". Hablando de fortalezas y debilidades del sistema, todo apunta a que esta crisis pondrá, aunque sea de manera obligatoria, a la Sanidad (que no la Salud, que ya está) en el centro de todo. Comentaba la exministra de Sanidad Dolors Montserrat en un encuentro con Gaceta Médica que nos adentramos en una legislatura sanitaria.

La Sanidad en todas las políticas será clave para sacar adelante este nuevo modelo asistencial. Coger las riendas de esta reconstrucción desde la esfera sanitaria puede contribuir a preparar y robustecer un sistema que a día de hoy está exhausto.



La falta de financiación en Sanidad ha sido una tónica común en el discurso ante la cámara

La Europa de la Salud da sus primeros pasos de forma inminente

CARTA DEL EDITOR



Santiago de Quiroga
Editor de
Gaceta Médica

Es una realidad, la Covid-19 ha **destronado el principio de subsidiariedad que reinaba en la UE**. Dicho principio proclamaba la salud como competencia exclusiva de cada Estado miembro. El problema debe ser resuelto por el que está más cerca de él...¿Seguro? La realidad ha demostrado que los problemas y los retos son cada vez más globales. Y afrontarlos no puede recaer sólo en la capacidad de un Estado. Porque la salud en la UE es un problema de todos los europeos. Nadie duda de que es la respuesta de la UE lo que da capacidad a los Estados de hacer frente a las situaciones de riesgo y sus consecuencias. La portavoz de los Populares en el Parlamento Europeo (PE), **Dolors Montserrat**, ha conversado con GM y ofrece su visión de Europa, los presupuestos, planes de recuperación y de promoción de la salud.

COMISIÓN EUROPEA (CE) Y PARLAMENTO

Para Montserrat, la CE y el Parlamento han demostrado que son capaces de reaccionar rápido. Y lo han hecho en tres aspectos: sanitario, económico y social. Para hacerlo, asegura la portavoz popular, debe tenerse un "espíritu reformista" ya que las viejas ideas no son ahora aplicables. El liderazgo del Partido Popular Europeo (PPE), con **Ursula von der Leyen** al frente, coincide en muchos aspectos con la oposición socialdemócrata. Ambos bloques coinciden en muchas cuestiones, afirma Montserrat. "Algo que en España no es posible por los socios que ha escogido el Gobierno de Pedro Sánchez", destaca.

En esta ocasión, la Covid-19 nos ha pillado aún con el viejo modelo de la sanidad como competencia de cada Estado. La UE necesita **más competencias en materia sanitaria**, y las va a tener. A las puertas del presupuesto 2021-2027, que antes de la Covid-19 tenía ya más inversión en sanidad, y ahora se plantean inversiones sanitarias más elevadas.

PROBLEMAS GLOBALES, RESPUESTAS GLOBALES

Las respuestas a las pandemias serán globales, pero también lo serán las respuestas a **otros retos como el cáncer**. El plan de cáncer deberá estar finalizado a finales de año y pretende impulsar la prevención, la innovación, la equidad en el acceso y la adaptación a las nuevas necesidades de los pacientes, concreta Montserrat.

Porque para fortalecer Europa, asegura la portavoz, hay que dar más capacidad ejecutiva a organismos como el **ECDC** (Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades). La creación de una **Agencia Europea de Salud** (al estilo de la Agencia Europea del Medicamento) será un paso clave, asegura la popular. Dicho organismo tendrá capacidad ejecutiva y autoridad en cada Estado de la UE, lo que facilitará una respuesta rápida y global. En este sentido, Dolors Montserrat, asegura que los 10.000 funcionarios públicos que mueve un pleno del Parlamento europeo, ya tenían planes de prevención y confinamiento semanas antes de los confinamientos impuestos en países como España. Sin duda, una respuesta europea es siempre mejor que dejar a cada país tomar decisiones sobre problemas que son globales, y más cuando los grandes partidos se ponen de acuerdo.

EN IMÁGENES



Baleares invierte 603.130 euros en tecnología para duplicar el número de pruebas diagnósticas diarias de la COVID-19"

El Servicio de Salud ha invertido 603.130 euros en la compra de material tecnológico para incrementar los equipamientos de los laboratorios de microbiología de los hospitales de las Islas Baleares, con el objetivo de duplicar el número de pruebas diagnósticas de COVID-19 que se hacen diariamente. Esta tecnología permitirá llegar a las 10.000 PCR diarias o 20.000 PCR diarias, en picos de extrema necesidad. Los equipos han sido instalados en los centros sanitarios durante la primera semana de junio y alcanzarán su plena funcionalidad a lo largo del mes.



HM Hospitales, galardonado con la distinción "España en el corazón"

El grupo hospitalario HM Hospitales, liderado por su presidente, Juan Abarca Cidón, ha sido galardonado con la distinción "España en el corazón" por la labor realizada durante la crisis sanitaria. El reconocimiento, concedido por la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (Asedef) y TAQ Distinciones, distingue a las personalidades, empresas, asociaciones o personas que han contribuido a frenar la pandemia, salvar vidas o facilitar la labor profesional. En este sentido, destacan que el grupo hospitalario ha puesto toda su infraestructura, capital humano, conocimiento y experiencia al servicio de la sanidad española. HM se une de esta forma a la lista de galardonados con esta iniciativa a nivel nacional.

GACETA MÉDICA

Publicación de:



wecare-u.
healthcare communication group

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: 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

C/ Barón de la Torre, 5
28043 Madrid
Tlf.: 91.383.43.24
Fax: 91.383.27.96

Distribución
gratuita

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

Imprime: Rotomadrid
SVP-382-R-CM

Todos los derechos
reservados

Política

DOLORS MONTSERRAT, Portavoz del PP en el Parlamento Europeo

“Hay que fortalecer al ECDC con una Agencia Europea de Salud”

C.R./M.R./C.M.L.

Madrid

Y tú, ¿qué habrías hecho de seguir en el Ministerio? Muchas veces, en estas últimas semanas, le han hecho esta pregunta a Dolors Montserrat. La ex ministra de Sanidad, hoy cabeza del PP en el Parlamento Europeo, reconoce que siente impotencia. Desde la posición de quien en su día se enfrentó a virus como el Ébola, el SARS o el Zika y a otra crisis económica, Montserrat defiende la necesidad de seguir a rajatabla las recomendaciones internacionales y de ser “ambiciosamente reformista”.

Esas reformas, dice en un encuentro virtual mantenido con El Global y Gaceta Médica, no deben limitarse a España. “De las cenizas de la II Guerra Mundial nació la Unión Europea. Europa fue la respuesta a la crisis de 2008 y ahora va a ser la solución a la crisis de la Covid-19. Pero no podrá hacerlo cualquier Europa. Hace falta, en su opinión, una UE en Sanidad que reformule las competencias tradicionales por mor de la Salud Pública. Y algunos de sus cimientos ya se están levantando.

Pregunta. ¿Ahora que afrontamos la desescalada, ¿ha salido tocada la imagen de España a nivel europeo?

Respuesta. Las instituciones saben que España es un gran país, muy preparado tanto por infraestructuras sanitarias como por su patrimonio o por su industria. Otra cosa es la imagen del gobierno de España, que tras esta crisis ha quedado muy mal. Se ha visto cómo otros países han gestionado antes, mejor y con mejores resultados. Y aunque desde el Gobierno hay quien ha aludido a cuestiones geográficas, es un tema de gestión y de capacidad. Cuando ya veía la situación de un país vecino, desde España no se cerraron aviones, no se prohibieron aglomeraciones, no se adoptaron medidas de protección... Hemos visto un



“¿Qué hemos aprendido? Que la UE necesita más competencias en sanidad. Ante una pandemia global, respuestas globales”

Gobierno incompetente, que ha llegado tarde y mal. Mientras que la UE proponía un paquete para ir abriendo fronteras, nosotros decidimos cerrar, hacer cuarentena y con contradicciones. Esto da inseguridad jurídica. No hay hoja de ruta ni para el turismo, ni para la industria. Esto es lo que ve Europa. Ve que se quiere derogar una reforma laboral cuando lo que se necesita precisamente es más flexibilidad. El Gobierno de España ha cogido el camino contrario a la UE.

P. Durante su comparecencia ante la Comisión para la Reconstrucción del Congreso, apuntó que, a grandes rasgos, la UE está y ha estado a la altura de los retos que ha presentado el coronavirus. ¿Qué aspectos de la actuación europea han sido positivos y qué lecciones se deben aprender de cara al futuro?

R. Es cierto que alguna respuesta local fue insolidaria, pero no fue así en la UE. Desde el minuto 1, la Comisión y el Parlamento fueron rápidos en la respuesta. Pienso que se ha estado a la altura. Se ha presentado el paquete más ambicioso para ayudar a que nuestros sistemas sanitarios sean más fuertes y estén mejor preparados para futuras pandemias y otras enfermedades. También un paquete ambicioso para impulsar la economía y el empleo y otro para no dejar a ninguna familia atrás. ¿Qué hemos aprendido? Que la UE necesita más competencias en sanidad. Ante una pandemia global, respuestas globales.

P. El Parlamento nos está demostrando que las posturas de populares y socialistas no están muy alejadas. Ambos grupos han dado su visto bueno al plan de recuperación que, según recordó en el Congreso,

está pendiente de aprobación en el Consejo. Además, también desde el PP recordó usted la necesidad de ir hacia una ‘UE en Sanidad’. ¿Cuáles serían los fundamentos de esta ‘Unión’ que también defienden, teniendo en cuenta el celo competencial de los Estados miembro?

R. Lo primero que tenemos que hacer es desterrar el debate eterno de la lucha de competencias entre Estados miembro y la Unión Europea. Esta pandemia nos ha puesto ante una realidad brutal y hemos aprendido que hay que fortalecer Europa en cuanto a Salud Pública. La unión tiene que ser competente en prevención, protección, investigación y en resiliencia de los sistemas sanitarios. Por eso, esta UE en Sanidad debe reforzar el Centro Europeo para el Control de Enfermedades y la Agencia Europea del Medicamento.

Más allá, es importante que en esa unión la salud esté en todas las políticas europeas. También que esta unión se financie con el marco plurianual. En este presupuesto tiene que estar el ‘paquete hacia la unión’, y tiene que ser un fondo más ambicioso para garantizar la salud pública de todos los ciudadanos europeos.

P. ¿Cómo se debe fortalecer el ECDC?

R. Con una Agencia Europea de Salud con poder de decisión y coordinación ejecutiva con una autoridad única de referencia entre cada Estado miembro. Tendría poder ejecutivo para establecer todas las políticas de prevención, proyección e inversión. Este sería el primer paso: reforzar este poder ejecutivo con una Agencia Europea de Salud del ECDC.

P. ¿Se debería considerar la homogeneización de criterios y datos a nivel europeo como una de las lecciones a aprender por la UE?

R. Ir a una Unión Europea de Sanidad también implica hablar de armonización, ya sea en prevención, en investigación o en datos. Aquí, también, ir hacia la unidad sanitaria da la respuesta.



El ministro de Sanidad, Salvador Illa, comparece ante los medios de comunicación en la rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros.

Nueva normalidad: garantía suficiente de profesionales de prevención y control

El RD dejará vigentes muchas normas como el control diagnóstico de los casos sospechosos

MARIO RUIZ
Madrid

El 'manual de estilo' que permanecerá vigente tras el fin del estado de alarma en España ha sido ya publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE). El Real Decreto Ley 21/2020 será el que hará mantener muchas de sus normas, las cuales acompañarán al conjunto del territorio nacional hasta el fin de la crisis sanitaria; entre ellas, mantener controlado el número de profesionales focalizados en tareas de prevención y control de la Covid-19.

La devolución de las competencias al nivel regional, que ya ha comenzado en la fase III de la desescalada en muchos casos, será total en la 'nueva normalidad'. Serán también las comunidades las que puedan decidir, con arreglo a criterios sanitarios y epidemiológicos, la superación de esta misma fase de cara a alcanzar este nuevo estadio.

Aún así, tal y como apunta el documento, cuando así lo requieran motivos de extraordinaria gravedad o urgencia,

Mascarillas

Su uso seguirá siendo obligatorio una vez finalizado el estado de alarma, con sanciones de hasta 100 euros para quien no cumpla la disposición

la Administración General del Estado promoverá, coordinará o adoptará de acuerdo con sus competencias cuantas medidas sean necesarias para asegurar el cumplimiento de lo dispuesto.

Así las cosas, las administraciones autonómicas deberán seguir remitiendo los datos necesarios para el seguimiento y la vigilancia epidemiológica de la Covid-19. Del mismo modo ocurrirá la situación de la capacidad asistencial y necesidades de recursos humanos y material.

Asimismo, los servicios de salud tendrán que garantizar la realización de prueba diagnós-

tica a todo caso sospechoso en todos los niveles de la asistencia, de forma especial en la atención primaria. Una actuación que deberá acometerse con la máxima celeridad desde el conocimiento de los síntomas para que toda la información se transmita en tiempo y forma.

Para ello, las CC.AA deberán velar por garantizar un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad. En adición, deberán crear planes de contingencia para asegurar una respuesta rápida y coordinada. Una máxima que también deberá mantenerse en las residencias, cuyos planes deberán orientarse a la detección precoz de residentes, trabajadores y sus contactos. También el real decreto recoge a la Covid-19 como una enfermedad de declaración obligatoria urgente.

Por su parte, el stock de medicamentos esenciales en la gestión de la crisis, tendrá que seguir siendo comunicado a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). De igual forma, habrán

de notificar la cantidad suministrada en la última semana y la previsión de liberación y recepción de lotes, incluyendo las fechas y cantidades estimadas. El objetivo de este control será garantizar en todo momento su abastecimiento.

CAMBIOS EN LEYES MATRICES DE LA SANIDAD

El RDL 21/2020 modifica a su vez el articulado de normativas matrices de la Sanidad nacional como la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS o el texto refundido de la Ley de Garantías (aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015).

Respecto a la Ley de Cohesión, el RDL de 'nueva normalidad' incluye una nueva redacción de su artículo 65, referente a las actuaciones coordinadas entre Ministerio de Sanidad y CC.AA —o vía CISNS— en Salud Pública y Seguridad Alimentaria

Mientras, respecto a la Ley de Garantías, el RDL 21/2020 afecta a su artículo 94, el cual establece que "el Gobierno podrá regular el mecanismo de fijación

de los precios de los medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica, así como de otros productos necesarios para la protección de la salud poblacional que se dispensen en el territorio español, siguiendo un régimen general objetivo y transparente".

En concreto, la modificación alude a refrendar el protagonismo directo de la Comisión Interministerial de Precios en los procesos de intervención —como ha ocurrido en esta crisis respecto al PVP máximo de mascarillas quirúrgicas y geles—.

La nueva redacción indica que "cuando exista una situación excepcional sanitaria, con el fin de proteger la salud pública, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos podrá fijar el importe máximo de venta al público de los medicamentos y productos a que se refiere el párrafo anterior por el tiempo que dure dicha situación excepcional. El procedimiento para la fijación del importe máximo de venta al público será acordado en el seno de la Comisión.

El Congreso encauza la 'Reconstrucción' del Sistema Nacional de Salud

Enfermería, Sanidad Privada e Infecciosas: Así han sido las primeras comparecencias en la Cámara Baja

E.M.C./C.M.L.

Madrid

Desde hace unos días el Congreso de los Diputados está acogiendo las primeras comparecencias del Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública en el marco de la Comisión para la Reconstrucción. Así, los primeros invitados en la cámara están empezando a poner sobre la mesa las necesidades del sistema sanitario para encauzar la normalidad.

Enfermería tiene clara la hoja de ruta. Desde la necesidad de incorporar las especialidades, pasando por el refuerzo de los recursos humanos, hasta la inversión. Esas, a grandes rasgos, son las premisas que definen tanto el Consejo General de Enfermería, como Satse. Florentino Pérez y Manuel Casos trasladaron a los diputados los requisitos para fortalecer el sistema. Junto a estos, potenciar el propio rol del colectivo se alza también imprescindible en esta nueva etapa.



El fundador de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica durante su comparecencia el martes pasado en el Congreso de los Diputados.

SANIDAD PRIVADA

Por su parte, la aportación del sector privado al nuevo modelo corrió a cargo de Carlos Rus, presidente de la Alianza de la Sanidad Privada Española. Su propuesta pasa por adoptar reformas estructurales que refuercen la colaboración público-privada y favorezca la optimización de los recursos en nuestro país.

Rus defendió un modelo "equitativo, abierto y de financiación pública", sin olvidar que ya hoy la sanidad supone alrededor del 40 por ciento del presupuesto de las Comunidades Autónomas, con un gasto conjunto de 68.400 millones de euros, que representa el 5,9 por ciento del PIB.

El portavoz de la sanidad privada planteó una reforma del sistema sanitario actual, centrado en la oferta, y con un modelo circular que parte del seguimiento de atención primaria, episodio de urgencias, ingreso hospitalario y posterior seguimiento en consultas externas hospitalarias.

Su alternativa es que el modelo de futuro se centre en la persona, en sus necesidades, en el riesgo poblacional, mediante servicios de información y a través de nuevas herramientas tecnológicas.

RR.HH.

Mejorar la situación laboral de los profesionales sanitarios ha sido una de las cuestiones principales en la que han coincidido

DEBILIDADES

Relatan como desde febrero empezaron a llegar los primeros avisos desde Italia de que la situación se estaba complicando

Entre los doce puntos de ASPE para la reforma integral del sistema, destacan la introducción de criterios de eficiencia en la gestión o los mecanismos para evitar duplicidades y que se solapen los servicios.

También abogó por introducir cambios estructurales en la provisión, con más centros de media y larga estancia, así como un abordaje específico de la cronicidad y mayor desarrollo de la atención telemática y domiciliaria.

Asimismo, Rus apostó por regular el papel de las aseguradoras en el ámbito de salud, garantizando el mantenimiento de la accesibilidad y calidad, así como el pago justo a los profesionales.

INFECCIOSAS...

El que fuera el fundador de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Emilio Bouza, explicó cuáles han sido las fortalezas y debilidades que han marcado los últimos meses. Bouza también analizó cómo fueron aquellos días en los que el virus no era percibido como una amenaza. A pesar de que "Italia nos avisó, nos dijo que morían como

chinchas y perdimos un tiempo precioso".

El especialista insistió también en la necesidad de reorganizar el sistema de formación especializada. "Los planes docentes están excesivamente confinados a las especialidades y marginan la formación en aspectos que debieran ser comunes". Bouza se refiere a técnicas como la intubación, en las que pocos profesionales tienen el conocimiento suficiente para llevarlas a cabo. De hecho, lamentó la dificultad actual que existe para formar equipos multidisciplinares.

No se olvidó tampoco de la especialidad de infecciosas. "Durante años se ha minimizado la importancia de especialidades como la microbiología e infecciosas". De hecho, destacó que muchos hospitales de España no tienen servicio de microbiología. Estos centros han externalizado los laboratorios, lo que ha ralentizado el proceso de las pruebas, convirtiendo así las pruebas rápidas en pruebas lentas. El problema está claro: en muchos hospitales estos laboratorios no existen o no tienen

un régimen de 24 horas los siete días de la semana. "Creo que se ha marginado a los servicios de microbiología, donde originariamente se produce la información".

CRONOLOGÍA

Durante su comparecencia, Emilio Bouza relató ante la cámara cómo fueron los primeros días de la crisis sanitaria. Aceptar que se trataba de un brote más de coronavirus fue uno de los errores clave. De hecho, explicó que la estrategia nacional que se erigió era la estrategia basada en la experiencia del ébola. "Pocos casos, muy localizados, asumiendo que estos problemas no se expanden". Sobrevalorar la capacidad de confinar un brote fue el error.

En febrero, explicó, se llegó a plantear derivar las muestras al Carlos III. Sin embargo, cuatro de los grandes hospitales de la Comunidad de Madrid se entrenaron para hacer los test PCR. A pesar de estos intentos, dijo Bouza, desde que el virus apareció en Italia, con evidencia de transmisión de persona a persona, se ha perdido un tiempo de reacción



19ª Edición

Premios fundamed & wecare-u.

Abierto el plazo para presentación
de candidaturas (hasta el **22 de junio**)

Ceremonia de entrega

Madrid, 15 de julio de 2020. 20:00 h.

Retransmisión virtual

Más información:

premiosfundamed.com

Tel.: 670 662 764 - rgomezcano@premiosfundamed.com

Convoca:



Patrocina:



Apoyan:

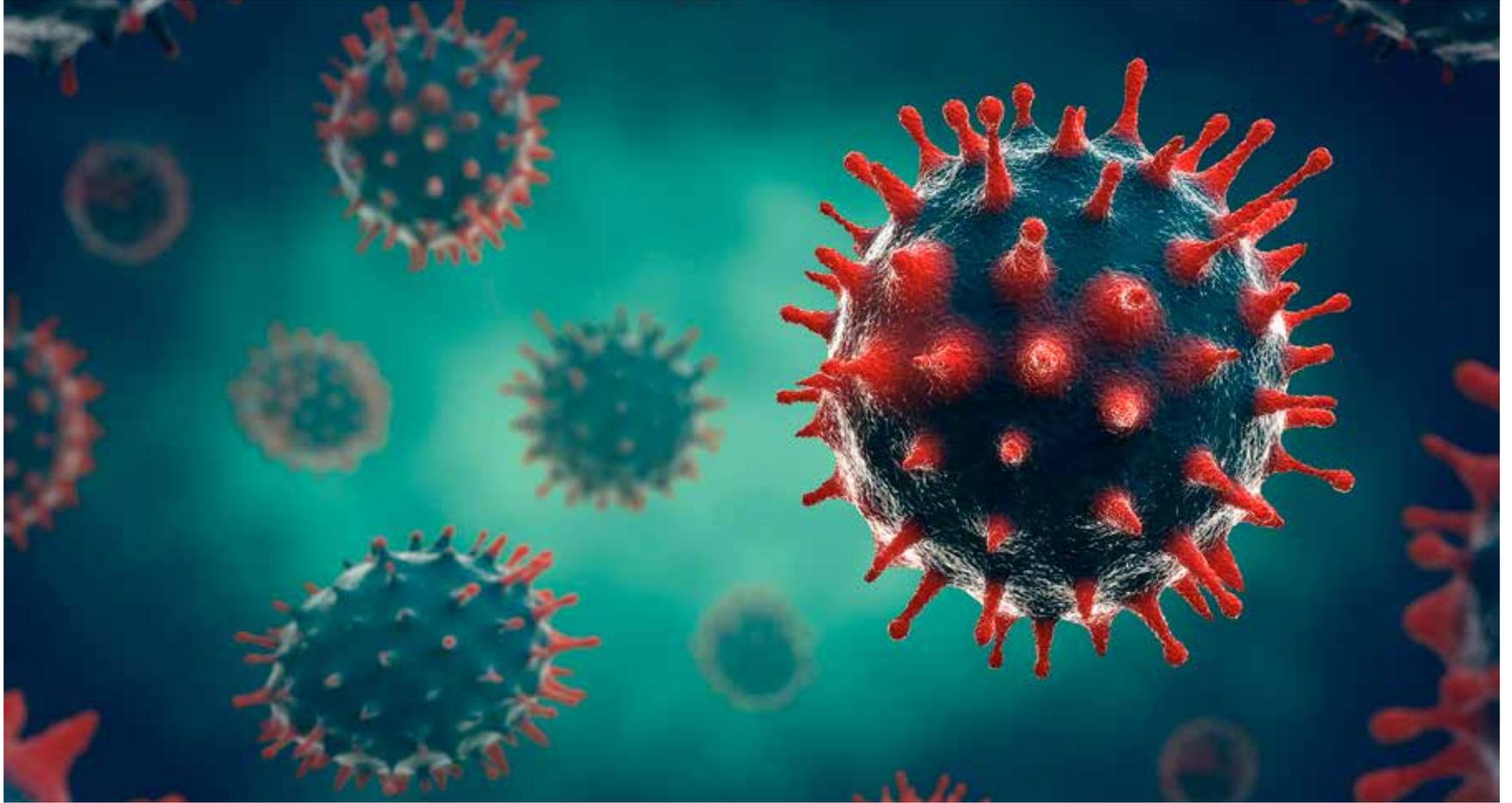


Organiza:



La OMS reconoce los casos sospechosos como fallecidos a causa de la Covid-19

Desde el organismo internacional se apunta a una transmisión inusual de la enfermedad de los asintomáticos



MARIO RUIZ
Madrid

La muerte por Covid-19 ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tanto en casos con prueba positiva como en aquellos sospechosos. Así lo reseña en un documento para ayudar a los países a identificar a las personas que han fallecido por la enfermedad que provoca el SARS-CoV-2. De igual forma, la entidad apunta que no debería considerarse víctima de la pandemia a aquellas personas cuya causa de muerte no esté relacionada con el coronavirus.

Así, la defunción de una persona que ya haya superado la enfermedad o que fallece por otra consecuencia no ha de contabilizarse. Este sería el caso también de las personas que, aún estando infectadas, hayan fallecido por un accidente de coche, un infarto de miocardio o un cáncer.

La OMS establece que la Covid-19 debe registrarse en el certificado médico de fallecimiento como causa de muerte en personas que han perdido la vida como consecuencia de la enfermedad. En este orden, reconoce las mismas circunstan-

cias en aquellas en las que se tiene una sospecha certera de que la infección contribuyó a su muerte.

Por otro lado, y debido a la existencia de "múltiples coronavirus" la OMS aconseja utilizar la palabra 'Covid-19' en los certificados de defunción. Del mismo modo, pide que se notifique el intervalo de tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la muerte.

Asimismo, el organismo también contabiliza como muertes por Covid-19 a las mujeres cuyo embarazo se complicó como consecuencia de la infección y finalmente fallecieron. Una situación que también sería la misma para los pacientes con VIH e infectados por la enfermedad.

CONTEO EN ESPAÑA

El director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), Fernando Simón, ha reconocido que este criterio conllevará ajuste en las cifras de Sanidad. Una situación que, ha recordado, afectaría a todos los países. El epidemiólogo ha señalado así lo "fundamental" de que todos tengan "la mayor coordinación posible a la hora de dar las informaciones".

Ajuste de cifras

Fernando Simón ha reconocido que, al igual que el resto de países, la sanidad española deberá adaptarse al cambio de este criterio

Más cambios

No debe considerarse víctima de Covid-19 a personas cuya causa de muerte no esté relacionada con el virus SARS-CoV-2

"Esto nos pone en una situación en la que todos los países vamos a tener que hacer correcciones de los datos en un momento determinado para poder hacer comparaciones entre nosotros. Con esta información de la OMS en la que valoran nueva interpretación de algunos de los fallecidos tendremos que ver cómo lo ajustamos", ha explicado.

DIVISIÓN EN SUBCATEGORÍAS

"Se deben incluir la mayor cantidad de detalles posibles a partir de registros médicos o pruebas de laboratorio", ha apostillado la OMS. En este sentido, establece dos categorías para incorporar en los informes:

La 'U07.1', en la que se incorporarán a los fallecidos confirmados por Covid-19 y que la enfermedad haya sido la causa de la muerte.

La 'U07.2', en la que se mostrarán las personas con sospechas de haber fallecido como consecuencia de la infección provocada por la Covid-19.

Actualmente, la OMS pide a los países que le comuniquen semanalmente todas las muertes por Covid-19, diferenciando en sexo y grupo de edad a los

fallecidos e informando sobre el lugar y fecha de fallecimiento, si se les realizó o no un test para confirmar la presencia del virus, la etnia, profesión y el lugar de residencia.

CONTAGIO DE ASINTOMÁTICOS

En una conferencia de prensa de las Naciones Unidas, Maria Van Kerkhove ha señalado que "todavía parece raro que una persona asintomática realmente transmita a un individuo secundario". Así lo ha asegurado la jefa de la Unidad de zoonosis y Enfermedades Emergentes de la OMS. De esta manera, ha apuntado que según los datos de los países, cuando se realiza un seguimiento de las personas sin síntomas durante un largo período para ver si transmiten la enfermedad, hay muy pocos casos de propagación.

Por su parte, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha comentado que los pacientes con Covid-19 asintomáticos pueden transmitir la enfermedad pero ha señalado que se necesitan más investigaciones para confirmarlo. "Estas investigaciones se siguen realizando y faltan todavía muchos resultados", ha señalado.

Profesión

CONCHA SÁNCHEZ PINA, Presidenta de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

“El papel de los pediatras de AP ha sido clave para evitar más contagios”

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO

Madrid

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Aepap) celebra su 20 aniversario. Su presidenta, Concha Sánchez Pina, ha repasado con GACETA MÉDICA la experiencia de los profesionales en plena pandemia sin perder de vista el futuro a medio y largo plazo.

Sánchez Pina insiste en que mantener el modelo de atención primaria, con pediatras de atención primaria trabajando en los centros de salud, es responsabilidad de todos. De las familias, a la hora de pedir que sus hijos sean vistos por pediatras, de los políticos y de los gestores, y también de los profesionales de los hospitales.

Pregunta. En estos 20 años de existencia de la Aepap los pediatras de atención primaria nunca se habían visto en una situación como ésta, ¿cómo lo han vivido los profesionales?

Respuesta. La situación ha ido cambiando. En el mes de marzo los pediatras de atención primaria hemos estado desnudos ante el coronavirus. Han faltado medios de protección y hemos querido siempre atender lo mejor posible a los niños y a las familias.

Esta situación de indefensión de los profesionales ha causado muchas bajas en los centros de salud y no hemos podido atender a la población como nos hubiera gustado. Hubiéramos necesitado más medios diagnósticos y más profesionales para dar la asistencia tal y como debería haberse dado en estos días de pandemia.

P. En algunas comunidades autónomas se han cerrado los centros de atención primaria, ¿cómo se ha seguido dando atención a los niños con problemas de salud en pleno pico de Covid-19?

R. Realmente se han cerrado algunos pequeños consultorios donde había profesionales úni-



“Mantener el modelo de AP, con pediatras trabajando en los centros de salud, es responsabilidad de todos”

cos y no se podía asegurar la asistencia por falta de personal, no se podían mantener los dos circuitos. No se han cerrado centros de salud, más bien consultorios locales pequeños que no podían asegurar esta atención diferenciada.

En general, la mayor parte de la asistencia se ha hecho por teléfono y se han visto niños en los centros de salud. Muchos profesionales han enfermado y mucha gente ha estado en su casa de baja porque no podía atender a los niños porque los contagiaba.

P. El seguimiento de los casos leves ha sido una de vuestras tareas, ¿qué han aprendido los pediatras de este virus?

R. Este virus tiene manifestaciones muy diferentes, hay muchos casos clínicos distintos.

Manifestaciones diferentes en la piel de los niños, por ejemplo. Hemos ido aprendiendo sobre la marcha. De entrada, la toma de muestras de PCR para los niños plantea dificultades, es un virus de difícil diagnóstico y aunque se están poniendo muchos medios para diagnosticar precozmente los medios disponibles no son tan fiables como nos gustaría. Detectar pronto los brotes va a ser complicado. Se ha confirmado que la mayoría de los niños que pasa el coronavirus lo hace de forma muy leve, y muchos sin síntomas.

P. El seguimiento de los casos leves ha sido una de vuestras tareas, ¿qué han aprendido los pediatras de este virus?

R. Este virus tiene manifestaciones muy diferentes, hay muchos casos clínicos distintos. Manifestaciones diferentes en la piel de los niños, por ejemplo. Hemos ido aprendiendo sobre la marcha. De entrada, la toma de muestras de PCR para los niños plantea dificultades. Es un virus de difícil diagnóstico y aunque se están poniendo medios para diagnosticar precozmente los medios disponibles no son tan fiables como nos gustaría. Detectar pronto los brotes va a ser complicado. La mayoría de los niños que pasa el coronavirus lo hace de forma leve, y muchos sin síntomas.

P. ¿Se han reforzado los equipos?

R. No se han reforzado los equipos de profesionales médicos porque no hay, no hay profesionales médicos ni pediatras. No se pueden reforzar por la falta de adecuadas condiciones laborales y por la falta de presupuestos para la atención primaria. Tiene que haber una apuesta mucho más a favor de la asistencia de AP en el futuro si quieren una primaria fuerte. Necesitamos tiempo para atender a los pacientes como nos gustaría.

P. Eso pasa por formar más profesionales en estas especialidades y por hacerlas más atractivas...

R. Hay que impulsar la formación en atención primaria en todas las universidades, hay que impulsar la formación en pediatría de atención primaria durante la residencia, hay que ampliar el tiempo en atención primaria durante la residencia, hay que apostar por el área de capacitación específica de pediatría de atención primaria. Hay que invertir también en autorizar especialistas en pediatría de atención primaria en todas las comunidades autónomas a través de estas ACES.

P. ¿Alguna lección en positivo de esta crisis sanitaria para los pediatras?

Hay muchas lecciones en positivo. Las familias confían en sus pediatras, los ciudadanos exigen tener un pediatra de atención primaria para atender a sus niños. Ha servido para evitar el contagio y promocionar el aislamiento de los niños con sospechas de coronavirus con todos sus contactos estrechos de las familias.

P. ¿Estáis observando ya una mayor afluencia de pacientes?

R. Sí, por supuesto. Estamos recibiendo ahora mismo, por ejemplo, la oleada de todos los niños que no se han vacunado. Es muy importante que acudan las familias a los centros de salud para recibir todas las vacunas. Han bajado un poco las coberturas vacunales a nivel nacional y es importante recuperarlas para que no haya un rebrote de otras enfermedades diferentes al coronavirus, como el sarampión, que es una enfermedad muy peligrosa.

P. Un año complicado para cumplir 20 años como asociación, ¿cómo se ve el futuro?

R. Somos un referente en formación. Somos una gran familia y va a seguir existiendo porque los pediatras de AP estamos muy unidos y seguiremos juntos para promover la formación, la investigación y conseguir que se defiendan los intereses de la infancia y la adolescencia y de los pediatras de primaria.



Rechazo unánime de la profesión médica a la asignación telemática de plazas MIR

El Foro de la Profesión Médica considera la decisión una "oportunidad perdida" para Sanidad

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

La decisión del Gobierno de mantener la adjudicación de plazas de formación sanitaria especializada de forma telemática ha provocado el rechazo de los profesionales sanitarios en un desacuerdo colectivo. Esta decisión ha sido calificada como "una oportunidad perdida" para el Ministerio de Sanidad, según el Foro de la Profesión Médica.

El Ministerio de Sanidad ha establecido el 25 de junio como la fecha de inicio de la adjudicación de las plazas para la formación sanitaria especializada, siendo las primeras Química, Física, Biología, Psicología y Farmacia. Los días 26, 29, 30 de junio y 1 de julio, serán las correspondientes a Enfermería. Por último, las plazas MIR correspondientes a Medicina comenzarán a partir del 2 de Julio hasta el día 31 del mismo mes.

La incorporación de estos últimos en los respectivos centros de trabajo tendrá lugar entre el 21 y 25 de septiembre.

COVID-19 Y ELECCIÓN DE PLAZAS MIR

En un momento en el que la crisis del coronavirus ha paralizado el mundo, los estudiantes universitarios se encontraban "en un momento vital y profesional que marcará el presente y el

futuro de miles de aspirantes", señala el colectivo en un comunicado.

Por este motivo, el Foro considera que "la resolución es un error" y que el Ministerio de Sanidad tendrá que "asumir los aciertos y errores en el proceso".

La convocatoria de este año, a pesar de contar con 1.278 plazas más, no estará caracterizada por la famosa visita a la sede ministerial en Madrid para poder elegir en tiempo real. Por el contrario, los aspirantes deberán rellenar un listado de sus preferencias en diferido, hasta 12 horas antes de la elección, un documento que no podrán cambiar después.

Ante esta situación, y dadas las limitaciones existentes para mantener la seguridad frente al virus, el Foro subraya que el ministerio debía haber valorado "distintas alternativas en un proceso de selección que contase con todas las garantías".

PROPUESTAS DE LOS ESTUDIANTES

A pesar de la decisión final que establece el sistema telemático, "la elección podría ser a tiempo real", indica el Presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), Antonio Pujol de Castro, quien destaca dos situaciones complementarias que "podrían ser interesantes".

Antonio Pujol de Castro

"Hay miedo ante las opciones telemáticas porque es una elección muy importante para nosotros de la que depende nuestro futuro"

En primer lugar, el CEEM propone realizar un simulacro con la plataforma de elección para que los estudiantes se familiaricen y se sientan cómodos. Esta oportunidad también serviría a Sanidad para "comprobar que la web puede soportar la conexión de tantas personas al mismo tiempo". Por otra parte, Pujol de Castro señala que sería conveniente que los cambios de especialidad se pudieran realizar "hasta una hora antes, o reducir este margen de tiempo lo máximo posible". De esta forma, los estudiantes "pueden tener una visión más real" de la situación de plazas MIR disponibles.

El miedo es un factor común en los estudiantes, tanto los que eligen especialidad ahora, como los que harán el próximo examen MIR, ya que "en los últimos días han surgido informaciones

no oficiales" sobre el posible retraso de la próxima convocatoria 2021, indica el Foro, que solicita al Ministerio que "confirme o desmienta" la información.

PLAZAS MIR A DISTANCIA

La Resolución de la Dirección de Ordenación Profesional ha fijado el inicio del proceso para los graduados en Medicina el próximo 2 de julio. En esta fecha, la mayor parte de España se encontrará, previsiblemente, en fase 3 de desescalada, y tendrán lugar pruebas tan importantes como selectividad.

En este contexto, Pujol de Castro señala que el CEEM había planteado la opción de poder escoger especialidad esta convocatoria de forma presencial, además de la telemática. "Estarán abiertos teatros, cines... la movilidad será distinta, no veíamos dificultades", señala. Sin embargo, lamenta que "esta opción queda descartada con el último movimiento del Gobierno". A pesar de reconocer que "las opciones telemáticas son el futuro", el portavoz indica que se ha llevado a cabo "una transición demasiado rápida en una de las decisiones más importantes de nuestra vida".

Por otra parte, los residentes que terminaban este año el MIR, "no están siendo contratados", indica Pujol de Castro, un hecho que se une a las dificultades

existentes de contratación. Paralelamente, los estudiantes de primero van a tener una incorporación más tardía de lo habitual, lo que supondrá "una sobrecarga de trabajo para los residentes de primer, segundo y tercer año", indica el presidente de la CEEM.

PROCEDIMIENTOS EN EL CONGRESO

Trasladar diferentes alternativas a los responsables ministeriales ha sido la prioridad del colectivo y de distintos partidos políticos, como el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, que presentó una Proposición no de Ley relativa a la elección de plaza. La proposición instaba al Gobierno a "aplicar las medidas necesarias y oportunas para hacer posible la elección presencial, o con confirmación a tiempo real". Y es que la transparencia ha sido uno de los elementos que ha vertebrado las quejas de los colectivos, el Grupo Parlamentario de Ciudadanos se hacía eco de las propuestas a fecha 20 de mayo. El partido naranja exponía las peticiones de los candidatos al MIR, protagonistas de distintas polémicas, como pudo ser el aviso del examen "con tan solo un mes de antelación", o la apertura de un período extraordinario para la presentación de nuevos méritos académicos, "un hecho insólito", señala el grupo en una pregunta parlamentaria.

Farmacia Hospitalaria

El RD de 'nueva normalidad' recogerá el envío de medicamentos a domicilio

El Consejo de Ministros da apoyo a la telefarmacia más allá de la crisis sanitaria generada por la Covid-19

ALBERTO CORNEJO
Madrid

El Consejo de Ministros dará continuidad a la dispensación "no presencial" desde hospitales a pacientes externos —la denominada telefarmacia— en el real Decreto-ley de la 'nueva normalidad' aprobado este martes 9 de junio.

Este "apoyo normativo" a la telefarmacia—a falta de conocer su redacción concreta— ha sido anunciado por la propia presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), Olga Delgado, durante la presentación virtual este 9 de junio del Libro Blanco de la Farmacia Hospitalaria. Un documento en el que, mediante encuestas a todos los Servicios de Farmacia nacionales, ofrece una radiografía numérica y estadística de la situación de la especialidad en España.

Cabe recordar que durante el estado de alarma por la crisis sanitaria de la covid-19 y, en concreto, en respuesta a las medidas de confinamiento asociadas y la recomendación a pacientes externos vulnerables de no acudir a los hospitales a recoger renovaciones de sus tratamientos, se ha fomentado el impulso de la telefarmacia y el envío de medicamentos a los domicilios —o centros de salud o farmacia de referencia del paciente, si así lo prefería—. De hecho, el Libro Blanco de la SEFH recoge que antes de la pandemia solo se realizaba dispensación a domicilio desde el 3,8 por ciento de hospitales, mientras que una encuesta publicada por la SEFH en plena crisis elevó ese porcentaje a un cien por cien técnico, beneficiando a más de 116.000 pacientes.

Esta medida, surgida de la necesidad y urgencia, será ahora refrendada por el Gobierno para esta nueva etapa de desescalada y camino hacia la 'nueva normalidad'. Cabe recordar que, basándose en el éxito que ha tenido la iniciativa en estos meses, la SEFH ya había anunciado su



La reunión del Consejo de Ministros del pasado martes da vía libre al envío de fármacos desde la Farmacia Hospitalaria a domicilio. Foto: Pool Moncloa.

interés por desarrollar la telefarmacia al margen de esta crisis y publicó recientemente un documento de posicionamiento al respecto.

"Será difícil mantener el nivel de actividad de telefarmacia que hemos conseguido durante esta crisis; pero debemos trabajar por mantenerlo", ha apuntado en esta presentación Miguel Ángel Calleja, ex presidente de la SEFH. Desde su responsabilidad como jefe de Servicio del Hospital Virgen de la Macarena (Sevilla), Calleja ya venía impulsando de forma pionera un servicio de telefarmacia, como contó EG.

UN MILLÓN DE PACIENTES EXTERNOS

La telefarmacia y el envío de medicamentos a domicilios de pacientes externos es una muestra de la diversificación de actividades de los Servicios de Farmacia.

Una ampliación de la cartera de servicios que se confirma en esta actualización del Libro Blanco de la SEFH y que tiene

Olga Delgado

"El área de pacientes externos tiene un gran reto por delante. Hay que establecer vías de comunicación bidireccionales"

Libro Blanco

Las plantillas de FH han crecido alrededor del 24 por ciento desde la edición anterior del Libro Blanco, en 2015

en el área de pacientes externos uno de los mayores exponentes. "El área de pacientes externos tienen un reto enorme por delante; no solo vale con la telefarmacia, hay que establecer nuevas vías bidireccionales de comunicación con los pacientes", ha indicado Delgado.

Según datos que recoge este Libro Blanco, los Servicios de Farmacia nacionales atienden (dispensan) en su conjunto a más de un millón de pacientes externos. Principalmente, pacientes con VIH (más de 139.000), artropatías (cerca de 62.000) y hepatopatías (53.000). Para la dispensación presencial —que seguirá siendo necesaria para determinadas situaciones o perfiles de pacientes—, el Libro Blanco de la SEFH recoge que el 25 por ciento de hospitales han incrementado sus horarios de atención en los últimos años.

INCREMENTO DE PLANTILLAS

Otros reseñables datos que recoge este Libro Blanco indican

que en los Servicios de Farmacia trabajan una media de 21 personas, de las cuales el 22 por ciento son farmacéuticos especialistas (4,2 de media) y un 65 por ciento personal no farmacéutico. Las plantillas han crecido en torno al 24 por ciento desde 2015 (fecha de la anterior versión del Libro Blanco). El rango de edad media de estos profesionales se sitúa entre los 40-50 años, si bien hay diferencias entre los centros de titularidad pública y privada.

Este documento también recoge un incremento "generalizado" de la participación del farmacéutico hospitalario en las distintas Comisiones de un hospital, así como una mayor presencia en Unidades Clínicas, Urgencias y Centros Sociosanitarios. En el otro extremo, se atisba margen de mejora en cuestiones como la robotización y automatización de los Servicios "y también es mejorable la presencia de este especialista en los hospitales de día", valora Calleja.

Oncohematología, infecciosas y seguridad, las áreas con más comunicaciones

El apartado específico de Covid-19 ha recibido la propuesta de cerca de 300 comunicaciones

GM
Madrid

Un año más, el Congreso de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha despertado un gran interés entre los profesionales. De cara a la 65 edición, el comité organizador ha recibido un total de 1.583 comunicaciones, 13 proyectos de investigación e innovación y 49 casos clínicos.

El encuentro se celebrará de manera virtual del 20 al 22 de octubre, y mantendrá su lema: "Formando equipo, sumando valor".

Los trabajos presentados serán ahora evaluados por el grupo de revisores creado para la ocasión y las comunicaciones que resulten seleccionadas serán presentadas en la próxima edición del Congreso Nacional.

En línea con ediciones anteriores, destacan las comunicaciones en áreas como la oncohematología, patología infecciosa, seguridad, calidad y humanización asistencial, enfermedades inmunomediadas y neuro-psiquiátricas o farmacotecnia y nutrición.

La principal novedad es el área temática sobre 'Pandemia por coronavirus SARS-CoV-2', que ha sido la que más comunicaciones ha recibido, con un total de 297, lo que supone casi un 20 por ciento de los trabajos



La organización ha recibido un total de 1.583 comunicaciones, 49 casos clínicos y 13 proyectos I+i a que serán evaluadas por el Comité del Congreso

presentados. Esto refleja, sin duda, el gran impacto que la crisis sanitaria ha tenido sobre las actividades de los especialistas, el reto que ha supuesto la gestión de la pandemia y el alto grado de implicación de los compañeros por garantizar la atención farmacéutica en un escenario nuevo para todos.

"Desde el Comité estamos convencidos de que todos formamos equipos y que compartiendo conocimientos y experiencias aprendemos y

sumamos valor a nuestras actividades. Queremos por lo tanto agradecer la participación de todos, que consideramos especialmente valiosa después de las duras semanas que hemos vivido en los últimos meses", ha subrayado la presidenta del Congreso, Edurne Fernández de Gamarra.

La portavoz remarca que esta gran participación "refleja el interés y el compromiso de nuestros socios por compartir experiencias asistenciales y de

investigación, en una época especialmente difícil para los profesionales sanitarios"

Por su parte, Daniel Sevilla, farmacéutico del Hospital Universitario de Vic (Barcelona) y miembro del Comité del 65 Congreso, ha valorado muy positivamente esta participación. "Los trabajos presentados son una muestra de la implicación del farmacéutico de hospital en distintas áreas asistenciales y de su colaboración en los equipos de atención al paciente", indica.

Un informe de la SEFH identifica los nuevos medicamentos huérfanos no oncológicos

GM
Madrid

El Grupo de Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos (Orphan-SEFH) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado su primer informe Horizon Scanning de Medicamentos Huérfanos, en el que identifica los nuevos MM. HH. no oncológicos así como sus nuevas indicaciones en evaluación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) hasta febrero del 2020.

El documento ha sido elaborado con el método Horizon Scanning, un proceso por el que



Foto del Grupo de Enfermedades Raras y Medicamentos Huérfanos de la SEFH.

se identifican tendencias potenciales, oportunidades, nuevas tecnologías o amenazas que podrían afectar a un área de interés. La identificación de todas ellas ayuda a los equipos a planificar el futuro aprovechando tales desarrollos y estando mejor preparados para cuando ocurran, explican desde la SEFH.

En el área de las innovaciones terapéuticas se están desarrollando diferentes programas Horizon Scanning en Europa y desde el propio Ministerio de Sanidad se propone como una de las seis líneas estratégicas para favorecer el acceso a la innovación terapéutica.

En este primer informe los medicamentos huérfanos se han clasificado en grupos siguiendo las diferentes fases que sigue un medicamento hasta la autorización por la Comisión Europea (CE).

En el primero, los MM. HH. incluidos en el programa PRIME de la EMA, programa que proporciona un apoyo temprano y proactivo al promotor con el fin de optimizar la generación de datos sólidos y permitir una evaluación acelerada del mismo.

En el segundo, los que están en proceso de evaluación por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP).

En el tercer grupo sitúan a aquellos que ya tienen una opinión positiva del CHMP pendientes de la decisión de la CE

En el cuarto, los autorizados por la CE que aún no se comercializan en España.

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



EM-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.



Investigación

El primer caso de VIH panresistente 'invita' a la búsqueda de nuevas dianas

El paciente es resistente a las cinco familias de fármacos orales que se usan habitualmente contra el virus

SANDRA PULIDO
Madrid

La infección por VIH ha pasado de ser una sentencia de muerte en los años 80 a convertirse en una enfermedad crónica tratable gracias a la terapia antirretroviral (TAR). La estrategia terapéutica de combinar múltiples fármacos en un mismo tratamiento tiene como objetivo evitar la aparición de virus resistentes. Sin embargo, la revista 'The Lancet Microbe' ha publicado el primer caso descrito de una persona portadora del VIH cuyo virus es resistente a las cinco familias de fármacos orales que se usan habitualmente contra el VIH, mostrándose insensible a 25 de los 26 medicamentos probados

"El artículo que publicamos pone de relieve la presencia de un virus panresistente con un elevado número de mutaciones resistentes a las cinco familias de fármacos que tenemos disponibles. Solo queda disponible un fármaco por una acrobacia que hace una de las mutaciones del virus. Pero, en definitiva, este paciente se ha quedado sin alternativas terapéuticas disponibles", explica a GM Javier Martínez-Picado, investigador ICREA en IrsiCaixa y líder del estudio.

Las resistencias del VIH a los antirretrovirales son causadas por una o más mutaciones en la estructura genética del virus, que afectan a la eficacia de un fármaco —o de una combinación de ellos— a la hora de bloquear la replicación viral. Las resistencias pueden darse en personas en las que el tratamiento no es del todo eficaz, que por diversos motivos no toman el tratamiento de forma continuada o que directamente se infectan con un virus que ya es resistente. En 2019, la OMS alertó de que en algunos países más del 10 por ciento de las nuevas infecciones por VIH se producen con virus que han desarrollado resistencias.

Hasta el momento, la literatura científica había registrado dos casos con resistencias a



Grupo de investigadores del IrsiCaixa.

Investigaciones

"La literatura había registrado dos casos con resistencias a algunos fármacos de cada una de las 5 familias de TAR existentes"

Años 80

"El paciente empezó a tomar tratamientos cuando las terapias eran subóptimas y seguramente el virus generó resistencia"

algunos fármacos de cada una de las cinco familias de antirretrovirales existentes, pero no a todos los medicamentos simultáneamente.

"Este caso lo hemos identificado gracias a técnicas moleculares y celulares y nuestra mayor preocupación ahora es si podríamos encontrar más, ya que si se transmiten virus resistentes puede disminuir la eficacia de los TAR a nivel global", continúa el especialista. "Está claro que es un caso aislado porque las redes de vigilancia epidemiológica llevan muchos años trabajando en la detección de virus resistentes", añade.

UN CASO DE HACE 30 AÑOS

El caso descrito se trata de un hombre diagnosticado de VIH en 1989, a los 41 años. Empezó a tomar tratamiento antirretroviral en los años 90, con los primeros medicamentos de baja eficacia, y desde entonces ha tomado 14 fármacos diferentes que solo han conseguido controlar parcialmente la infección.

En noviembre de 2015 se le empezó a administrar un inhibidor de la integrasa de nueva generación, más eficaz y con menos posibilidades de generar resistencias, pero después de una mejoría inicial, el tratamiento volvió a fracasar en junio de 2016.

Sobre el pronóstico de este paciente, Martínez Picado explica que la acumulación de mutaciones para el virus "tiene un coste". Ese coste se traduce en una menor capacidad para replicar, lo que se conoce una 'pérdida de fitness'. "Idealmente, un TAR consigue que el virus deje de replicarse completamente y la carga viral sea indetectable. Sin embargo, en algunas ocasiones, aunque no deja de replicarse pero sí lo hace a un nivel menor de lo esperado. Pierde esa capacidad replicativa y esto juega en beneficio de los pacientes", argumenta.

NUÉVAS TERAPIAS

Los científicos apuntan que, en este caso concreto, la única al-

ternativa terapéutica sería el uso de anticuerpos que bloqueen el virus o de fármacos con nuevos mecanismos de acción, pero de momento ambas opciones están todavía en fase de desarrollo. "Este estudio pone en evidencia que nos interesaría ampliar no solo el número de fármacos, sino de dianas terapéuticas para inhibir la replicación del virus o dianas que ataque a proteínas de la célula que están obligadas a interactuar con el virus y sin las cuales el virus no puede multiplicarse", subraya.

"En ensayos in-vitro hemos probado anticuerpos ampliamente neutralizantes que han demostrado su eficacia y por tanto, se podrían utilizar. Ya que es posible que en el futuro encontremos, no virus panresistentes, pero si multiresistentes"

EVITAR LA TRANSMISIÓN

El trabajo también pone de manifiesto la necesidad de monitorizar los casos de VIH para poder detectar de manera precoz la aparición de casos resistentes y evitar así su transmisión.

En este sentido, el estudio destaca que la identificación de este caso aislado no supone necesariamente un riesgo para la salud pública, "pero hay que mantener la vigilancia epidemiológica porque de la misma forma que ha aparecido uno, pueden aparecer otros. La prevalencia actual del VIH panresistente no se conoce, y es necesario hacerlo para poder detener la cadena de transmisión a tiempo y evitar así infecciones por el VIH sin opciones terapéuticas, como pasaba en los 80", expone.

Asimismo, el científico resalta que, tanto el afectado como los médicos, son muy conscientes de evitar la transmisión de este virus

"Un virus se podría contagiar, pero en este caso concreto el paciente en ningún caso reporta prácticas de riesgo para ponerlo en circulación. Por lo que creemos que las posibilidades de transmisión son nulas en este caso concreto", concluye el investigador.



Cáncer de Próstata: “Los biomarcadores de orina evitan hasta un 53% de biopsias innecesarias”

El diagnóstico precoz del cáncer de próstata es fundamental para un correcto abordaje

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La búsqueda de biomarcadores es un esfuerzo que se está haciendo a todo los niveles. En oncología es una realidad del día a día de la investigación y de la medicina personalizada. ¿En cáncer de próstata, qué novedades hay? Mario Álvarez, especialista en urología del Hospital Universitario La Paz, explica a GM que el principal desafío en el diagnóstico de cáncer de próstata, como el de cualquier otro tipo de tumor, es diagnosticar lo antes posible para que el paciente pueda beneficiarse de un tratamiento curativo. “En el caso del cáncer de próstata uno de los mayores desafíos en el diagnóstico es que podamos saber qué tumores son realmente agresivos de aquellos que no lo son tanto”. En esta línea, será posible seleccionar a los pacientes para recibir un determinado tratamiento, e incluso un tratamiento “menos agresivo y con menos secuelas”, explica el experto.

Biomarcadores

La biopsia líquida en orina determina dos genes responsables del cáncer agresivo: HOXC6 y DLX1

Coste-eficacia

Existen datos de coste eficacia de estas pruebas que indican ahorros al sistema al evitar biopsias innecesarias

**ESPACIO OFRECIDO
POR FERRER**

LAS TECNOLOGÍAS...

Las nuevas herramientas y las tecnologías como los biomarcadores, pruebas de imagen... usadas, eso sí, de forma inteligente pueden evitar este sobrediagnóstico. En este sentido, Álvarez pone en valor el papel que juega el screening del PSA. Algo obligatorio, recuerda, en aquellos pacientes con familiares de primer grado con cáncer de próstata. “Si un paciente ha tenido algún familiar con cáncer de próstata debe hacerse la prueba mínimo a partir de los 45 años, incluso las guías americanas recomiendan a partir de los 40 años”.

BIOMARCADORES: “UNA HERRAMIENTA IMPRESINDIBLE”

Es en este punto donde se pone en valor el rol que juegan los biomarcadores. Como apunta el urólogo es una herramienta imprescindible. “Tengo mucha confianza en ellos y los uso de forma habitual”. El experto recuerda que los biomarcadores se pueden utilizar tanto para el

diagnóstico del cáncer de próstata, para tener más información antes de llevar a cabo una biopsia de cáncer de próstata, o bien en aquellos pacientes en los que ya se les ha llevado a cabo una biopsia de próstata, que ha sido negativa, y el PSA sigue subiendo. En estos casos, los biomarcadores pueden ayudar a seleccionar a los pacientes para decidir si se lleva a cabo una segunda biopsia de próstata. Además, estas determinaciones también se utilizan en aquellos pacientes que han sido ya diagnosticados con cáncer de próstata. “Se hacen en el tejido de la biopsia de próstata y nos pueden ayudar a decir si llevamos a cabo un tratamiento radical o no en esos pacientes”.

Lo que está claro es el papel que desempeñan. “Según un estudio, los biomarcadores de orina en cáncer de próstata evita hasta un 53 por ciento de biopsias innecesarias”. La biopsia líquida en orina para el diagnóstico del cáncer de próstata, explica este especialista, tiene

el objetivo de determinar los dos genes responsables del cáncer de próstata agresivos: HOXC6 y DLX1. Es el caso del Select MDX.

LAS VENTAJAS

La principal ventaja de este test es que “se trata de en una prueba no invasiva”. Consiste en un análisis de orina y desde el punto de vista estadístico “tiene un valor predictivo negativo superior al 98 por ciento”. Para el urólogo, evidentemente es una buena prueba para descartar un cáncer de próstata.

Además, como asegura Álvarez existen datos de coste eficacia de este tipo de pruebas. “Hay un estudio en el caso del Select MDX en el que participaron varios hospitales: El Hospital Miguel Servet, el IVO, y el Hospital Puerta de Hierro junto a otros centros europeos donde se demostró que Select MDX era coste efectivo y que el sistema sanitario ahorra dinero si aplicaba estos test a los pacientes, ya que se evitan biopsias de próstata innecesarias”.



PERFIL: Representantes de Mujeres de la Sanidad han trasladado las necesidades para el impulso del talento

Mujeres de la Sanidad continúa su ruta del talento femenino en clave parlamentaria

NIEVES SEBASTIÁN
Madrid

Hace unos días Juan Trinidad, presidente de la Asamblea de Madrid, se reunió de manera virtual con varias representantes de Mujeres de la Sanidad. El objetivo de este encuentro fue trasladar a la Asamblea las principales demandas para favorecer la captación y el impulso del talento femenino. Lo hicieron algunas de las portavoces de este grupo de trabajo.

Trinidad agradeció que en esta reunión se pusieran temas de gran interés sobre la mesa. "Se ha hablado de temas como que la representación en el sector farmacéutico supera con creces a otros. Esto es algo que hay que compartir y trasladar; ¿por qué en este sector se puede y en otros no?, planteó el presidente de la Asamblea.

IMPULSO DE LA CARRERA PROFESIONAL

Desde MSD, su directora general, Ana Argelich, señaló que, en su compañía existe una alta representación del talento femenino, y considera importante "apostar por la diversidad, también incidiendo en que las generaciones más jóvenes puedan trabajar y desarrollar su carrera". En este



Juan Trinidad

"La representación en el sector farmacéutico supera con creces a otros. Esto es algo que hay que compartir"

Esther Ruiz

"En la medida que podamos, desde la Asamblea de Madrid trataremos de incluir muchas de las medidas propuestas"

punto, Argelich destacó que "en MSD se hace un mentoring fortísimo, por parte de mujeres y de hombres, además de fomentar el networking entre mujeres para impulsar que se atrevan a progresar en su carrera".

Por su parte, Fina Lladós, directora general de Amgen, aseguró que "el fomento del talento femenino es un aspecto que requiere de compromiso, tiempo e inversión por parte de todos". En esta línea, planteó que en Amgen tienen "un camino potente", con un "fuerte impulso de las carreras profesionales". "Creo que hay que empujar en esta dirección, con más políticas de flexibilidad para todos", explicó Lladós. Por último, se refirió a que el sector farmacéutico debe dar ejemplo a otros, "nuestra responsabilidad es invertir parte del tiempo en dar nuestro testimonio, impulsar las carreras STEM, tenemos una labor por delante importante; debemos dar nuestro testimonio para que la sociedad sea más igualitaria y justa".

Aurora Berra, directora general de Ipsen, considera que el sector "ha de ser ejemplo en la forma en que se trabaja, se desarrolla el talento y se incorpora a las mujeres a las organizaciones". Otro de los aspectos al que aludió es

la responsabilidad compartida, precisando que en Ipsen tienen "programas de conciliación para hombres y mujeres, porque además en este periodo nos hemos quedado en casa madres y padres; muchas de estas enseñanzas que nos ha dado la Covid-19 las tendremos que incorporar".

Según Concha Serrano, directora de Corporate Affairs en Pfizer, la necesidad de impulsar el talento femenino es una creencia muy extendida en el sector. "Hemos trabajado mucho en reforzar el impulso de las carreras de las mujeres, favorecer que se presenten a posiciones que consideren interesantes, el impulso del networking o contar con políticas de flexibilización sólidas", indicó.

MEJORAS EN EL PLANO ASISTENCIAL

En el plano asistencial Iria Miguéns, directora del grupo mUJeres de SEMES, señaló que, en base a un análisis del sector, "aunque la sanidad está eminentemente feminizada, intuimos que los puestos asistenciales están mayoritariamente ocupados por mujeres y los directivos, por hombres; viendo los currículums se puede observar que las mujeres están más que preparadas,

pero en muchas ocasiones cuentan con limitaciones autoimpuestas". Por ello, comentó que desde Semes se está analizando y tratando de solucionar esta cuestión.

Con todo esto, Esther Ruiz, diputada y Secretaria Tercera de la Mesa de la Asamblea de Madrid por Ciudadanos expresó la convicción de que "estas reuniones dan sentido a reivindicaciones verdaderas en días como el de la Igualdad Salarial, el de la Conciliación, y el propio Día de la Mujer". Además, apuntó que aunque el momento actual es muy complicado, empieza "una Comisión de Estudio de Reconstrucción donde una de las mesas más importantes será la de la Sanidad y la de Políticas Sociales donde podremos hablar de Mujeres". Así, ha recalcado que el objetivo final es "alcanzar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres".

"En la medida que podamos desde la Asamblea de Madrid, propuestas por Mujeres de la Sanidad en la Mesa de Reconstrucción; cuando volvamos a un período más normal, en la propia Comisión de Mujer, se han de poner sobre la mesa muchas de las medidas que aquí se están planteando", ha concluido Juan Trinidad.