

GACETA MÉDICA

28 de octubre al 3 de noviembre de 2019

Año XVII - nº 757

Farmacia HOSPITALARIA

Entrevista a Olga Delgado, presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Páginas finales



Salud pública

El Ministerio de Sanidad ha hecho público un borrador de Real Decreto por el que busca regular el conflicto de intereses y la transparencia en los órganos de decisión sobre salud pública. La noticia coincide con el inicio de la campaña de vacunación contra la gripe, donde se han conocido datos que apuntan a que uno de los puntos débiles que hacen que España esté lejos de las recomendaciones de la OMS es la cobertura entre profesionales. **P5,6y7**

La medicina de precisión centra el debate en oncología y hematología

- Las combinaciones y las ciencias ómicas comienzan a encajar en el puzle presentado en el congreso de SEOM 2019

P16-17

- Las CAR-T avanzan hacia la segunda línea y otros tumores en el encuentro de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia

P18-19

Imágenes de la semana



La Fe regala libros a los pacientes en el Día de la Biblioteca

El Hospital La Fe, a través de su biblioteca de Usuarios Pepa Salavert, ha celebrado el Día de la Biblioteca regalando libros a los pacientes pediátricos del hospital. A través de esta actividad, desde la biblioteca se pretende fomentar el hábito de la lectura entre los más pequeños, a la vez que cumple con el objetivo fundamental de hacer que la estancia hospitalaria sea lo más agradable posible. Desde 1997, cada 24 de octubre se conmemora el Día de la Biblioteca. La propuesta surge de la Asociación Española de Amigos del Libro Infantil y Juvenil, apoyada por el Ministerio de Cultura, en recuerdo de la destrucción de la Biblioteca de Sarajevo, incendiada el 1992 durante el conflicto balcánico. Es el modo de trasladar a la opinión pública la importancia de este lugar de encuentro.



Los médicos centinela de Madrid se reúnen

La directora general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Yolanda Fuentes, ha presidido este jueves en el Hospital Santa Cristina la XVIII Jornada de la Red de Médicos Centinela (RMC) de la Comunidad de Madrid. Los objetivos del encuentro son actualizar la incidencia y características epidemiológicas de las enfermedades vigiladas por la Red así como realizar propuestas de mejora. La red se basa en la participación voluntaria de 128 médicos de atención primaria de la Comunidad de Madrid seleccionados aleatoriamente: 100 médicos de familia y 28 pediatras.



CC se interesa por la dermatitis atópica

Coalición Canaria (CC) se ha interesado por la situación de los afectados por dermatitis atópica. José Alberto Díaz Estébanez, diputado y portavoz de la Comisión de Sanidad, Alejandro Narvay Quintero, portavoz adjunto y miembro de la Comisión de Sanidad, y Beatriz Calzada Ojeda, diputada, recibieron en su sede a Jaime Llana, presidente de la Asociación de Afectados por Dermatitis Atópica, y Jorge Hinojosa, representante de Fundamed y de la secretaria técnica de la Alianza General de Pacientes (AGP). Ambos les trasladaron el documento del Grupo de Trabajo de Dermatitis Atópica de Fundamed y el informe del Comisionado para la Equidad de la AGP.

GACETA MÉDICA

Publicación de:



wecare-u.

Presidente Editor:

Santiago de Quiroga

Redacción: Esther Martín del Campo (Redactora Jefe), Carmen M. López (Redactora Jefe), Javier Ruiz-Tagle (Jefe de Sección de Política Sanitaria), Sandra Pulido, Ángela de Rueda (Public Affairs) y Silvia Rodrigo (Medical Science Liaison Pharma)

Fotografía: Carlos Siegfried

Maquetación: Marta Haro

wecare-u. healthcare communications group

Áreas:

Jorge Hinojosa
Socio director
(Área de Public Affairs y Solutions)
Ángela de Rueda
(Public Affairs)
Silvia Rodrigo
(Medical Science Liaison Pharma)

Patricia del Olmo
Vicepresidenta y Consejera
(Área de RRH)

Severino Expósito
Socio director
(Área financiera y business-controlling)

Tania Viesca
(Administración y RRHH)
Paloma García del Moral
(Departamento comercial)

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

Retos para las personas con trastornos mentales



FRANCISCO DEL OLMO
Director Médico de
Benito Menni y de la
Clínica San Miguel

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 2006, supuso un nuevo paradigma en las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. Según el mismo, es la sociedad la que debe adaptarse a las personas con discapacidad, y no al contrario, para que éstas puedan ejercer todos sus derechos.

Este nuevo paradigma se ha ido instaurando en lo referente a las discapacidades físicas, pero en el ámbito de la salud mental sigue siendo un reto el empoderamiento de las personas con trastorno mental

grave para que éstas puedan ejercer como ciudadanos de pleno derecho.

En ese sentido, hay dos estrategias fundamentales para que los afectados por un trastorno mental grave sean ciudadanos de pleno derecho: la capacitación y la participación.

Podemos entender por capacitación las distintas estrategias para que las personas con discapacidad psiquiátrica puedan ejercer sus derechos. A nivel jurídico, por ejemplo, la aplicación de la Convención de Nueva York sienta las bases para que los procesos de incapacidad legal tengan un sentido más protector que limitante, y que las entidades tutelares pasen de ser meros

administradores de bienes a garantes de derechos.

La participación, por su parte, es un derecho fundamental ciudadano. La evidencia científica muestra que fomentar la participación social a todos los niveles de personas con trastorno mental grave tiene efectos de ida y vuelta en su proceso de recuperación. Es decir, el proceso de recuperación lleva a su participación y que participen más ayuda a su vez en el proceso de recuperación.

El nivel más básico de participación se produce en la toma de decisiones sobre el propio tratamiento, ya que supone el paso de un modelo paternalista a un proceso dinámico de decisión compartida en el que se produce un reequilibrio de fuerzas

en la relación entre médico y usuario.

Aunque de forma todavía minoritaria, es gratificante ver cómo en España se empiezan a desarrollar

otros niveles de participación. Por un lado, está la planificación de decisiones anticipadas previamente a la pérdida de capacidad en caso de crisis. Por otro, la incorporación de pacientes expertos como parte de los equipos de salud mental para complementar el papel y la visión de los clínicos y amplificar mediante su ejemplo la capacidad de recuperación de los usuarios de los servicios.

Es cierto que aún estamos lejos de otros países, pero también es verdad que cada vez nos acercamos más al objetivo último: que los usuarios de servicios de salud mental abandonen los mismos no necesariamente libres de síntomas, pero sí como ciudadanos de pleno derecho.

La participación es fundamental en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental

El Editorial

El peso que nunca debe perder la salud pública

Cuando lo urgente solapa a lo importante las consecuencias conllevan un deterioro generalizado. Durante la crisis económica el mantra a seguir era el de apretarse el cinturón pero también se permitieron ciertas holguras que constriñeron aún más otros aspectos. Unas de las políticas que más sufrieron el deterioro fueron las de salud pública, que vieron cómo se despeñaron sus recursos económicos en un 77 por ciento.

Las medallas no suelen asociarse a las políticas de salud pública pues éstas necesitan de la constancia a lo largo de los años. Periodos que superan gobiernos y que en tiempos de achicar agua o de urgencia electoral no interesan tanto. El error de no perseverar, al final, pone frente al espejo a la desidia. Hoy se habla de que las tasas de vacunación contra la gripe se encuentran veinte puntos por debajo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. También de que los profesionales no están lo suficientemente informados para ejemplificar con el uso de las vacunas y, más importante que eso, no son conscientes de que en su caso es una cuestión ética porque atienden a diario a personas riesgo en sus consultas. Lo cínico es llevarse las manos a la cabeza... Y lo coherente es analizar que esto ocurre porque se ha vaciado la hucha que velaba por estas políticas.

La buena noticia es que hoy tenemos (al menos de momento) a una directora general de Salud Pública con la cabeza bien amueblada para la tarea ingente que tiene por delante. En el Congreso de los Diputados pidió que se recuperen los presupuestos para que España pueda abandonar el vagón de cola en

vacunación. También ha apostado por la olvidada salud mental y las campañas de formación e información vuelven a aparecer tras años en el olvido. La importancia de esto tronca con las primeras líneas. Pilar Aparicio ha conseguido que la ministra de Sanidad ponga el foco de lo importante por encima de las urgencias, hecho que cabe elogiar en un periodo de incertidumbre política como el que hoy vive España. Esperemos que a partir del 11 de noviembre, ella o alguien de igual valía, no pierda el foco.



El Tensiómetro

El futuro es el presente del pasado



RUBÉN MORENO,
Ex secretario general
de Sanidad

Cuando en 1990 comenzamos a abordar el mayor desafío biomédico del ser humano, desentrañar nuestro genoma, empezamos a imaginar un futuro que podría traducirse en como pasar de la talla única a la medicina ultraperpersonalizada sin morir en el intento.

El avance en medicina nunca se detiene, pero ahora lo va a hacer de una forma que no tiene precedentes. La secuenciación de alto rendimiento nos

permitirá disponer de nuestros datos genómicos, y muchos recién nacidos saldrán del hospital con sus fichas de evaluación genéticas. La electrónica de consumo ofrecerá la recopilación de datos fisiológicos y de comportamiento de forma rutinaria. Todo ello se integrará con nuestros datos clínicos electrónicos, y con sistemas de inteligencia artificial y de aprendizaje automático, lo utilizaremos para abordar desde la prevención hasta el diagnóstico, el tratamiento y su seguimiento en tiempo real, de una forma no vista hasta ahora.

Ya existen vacunas para enfermedades que creíamos incurables, pero utilizaremos órganos humanos creados en

animales, o instrumentos implantables dotados de sensores para optimizar el equilibrio orgánico. Eso sin olvidar que en 2030, los primeros bebés con su genoma editado en fase embrionaria para protegerlos del SIDA ya serán adolescentes.

La carga de las enfermedades crónicas continuara aumentando, pero todos estos productos y avances van a tener un gran impacto en la asistencia sanitaria, con diferencias fundamentales entre tratamientos tradicionales y emergentes, y supondrán múltiples implicaciones para todos los actores del sistema sanitario.

Las compañías farmacéuticas y de dispositivos tendrán que asociarse para reclutar pacientes con los proveedores

de la asistencia sanitaria, y estos con las de test genéticos directos al consumidor (cuando la ley lo permita, aunque se hayan convertido en uno de los productos más vendidos en Amazon los *Black Fridays*). También tendrán que hacer mayores inversiones, e innovar en sus modelos comerciales, y ensayos clínicos adaptativos. Los pacientes tomarán el control de su salud. Y los responsables políticos tendrán que entender que los necesitan a todos, y adaptar cada aspecto de la provisión y financiación sanitaria a las nuevas necesidades. El futuro que vimos en el pasado, es ya el presente, y la clave de su éxito está en actuar de forma colaborativa.

La Frase



El Sistema Nacional de Salud debe ahondar en el principio de equidad en el abordaje de la cronicidad”

María Luisa Carcedo,
Ministra de Sanidad

Nombramientos Wecare-u

Patricia del Olmo asume la Vicepresidencia del grupo editor de GACETA MÉDICA



Tras seis años en la compañía, Patricia del Olmo (Madrid, 1972) ha asumido la vicepresidencia de Wecare-u Comunicación SL, editora de EG, GACETA MÉDICA y EDS-Economía de la Salud. Se ocupará del área de Relaciones Institucionales, marketing y nuevos proyectos, dirigiendo un equipo multidisciplinar y reportando al presidente de la compañía. Su trayectoria en Wecare-u incluye distintas responsabilidades, como la transformación de la imagen corporativa de la compañía en 2015 y la reorganización comercial que ha permitido el crecimiento y consolidación del grupo.

Jorge Hinojosa es nombrado socio director de Public Affairs de Wecare-u

Jorge Hinojosa (Córdoba, 1964) ha sido nombrado socio director del área de Public Affairs de Wecare-u. Hinojosa es licenciado en Derecho y ha desarrollado su actividad profesional en organizaciones de consumidores, y también en el sector de la Farmacia, donde ha mantenido responsabilidades de dirección en compañías e instituciones. Se incorporó a Wecare-u en 2013 y en los últimos años ha sido director y responsable de las actividades de Public Affairs de la compañía. Ha liderado el impulso de los códigos de compliance de Wecare-u, pioneros en el sector servicios en España.



Los Personajes

Álvaro Rodríguez-Lescure, nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica



El jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital de Elche, Álvaro Rodríguez-Lescure, es el nuevo presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). La candidatura liderada por la oncóloga catalana Enriqueta Felip ha ganado las elecciones celebradas durante el congreso SEOM2019. Rodríguez-Lescure, que ocupa la vicepresidencia de SEOM desde octubre de 2017, asegura que mantendrá las líneas estratégicas de la anterior directiva, promoviendo modelos multidisciplinarios y trabajando en equipo con otras sociedades científicas.

Juan Pablo Núñez es el nuevo director general de la correduría de seguros Uniteco

Juan Pablo Núñez es el nuevo director general de Uniteco, la correduría de seguros especializada en el sector sanitario. Recoge el testigo de Gabriel Jesús Núñez, que llevaba en el cargo desde 2016. En sus casi 20 años de trayectoria en la compañía, Juan Pablo Núñez ha pasado por la Dirección de diferentes unidades, como los Departamentos de Automóviles, de Corredurías o de Planificación y Desarrollo, además del Área de Negocio y Clientes. Juan Pablo Núñez se enfrenta ahora al importante reto de liderar el crecimiento de una de las corredurías más importantes de nuestro país.



Las Contra

La salud pública impulsa la transparencia



SANTIAGO DE QUIROGA,
Presidente Editor
de GM

El proyecto de Real Decreto, que el Ministerio de Sanidad ha publicado, pretende regular los conflictos de interés en los puestos de responsabilidad o decisión en los que la administración cuenta con expertos en la materia.

Salud pública como foco

El foco en salud pública puede resultar desproporcionado si no se incluyen también todos los expertos y expertas en los distintos comités, y que suponen una intensa actividad ministerial y autonómica. Personas expertas ofrecen su opinión a las administraciones a través de distintos mecanismos. Esas mismas personas también mantienen colaboraciones de distinta naturaleza, incluyendo la formación o ponencias hacia otros profesionales médicos, o también realizando análisis, estudios o trabajos de investigación en relación al impacto de las vacunas o de otras áreas de interés. Trabajar con financiación de empresas no les transforma en personas sin objetividad, aunque es necesario que se conozcan dichos conflictos de interés; necesario e imprescindible.

Visibilidad, el objetivo

La transparencia consiste en hacer visible las vinculaciones, no en excluir el talento por el hecho de trabajar para compañías, que también buscan talento para sus proyectos. En los congresos científicos internacionales más relevantes se incluyen, al comienzo de las presentaciones y ponencias, los conflictos de interés del ponente: las compañías de las que reciben honorarios. Nadie duda del catéter que escoge el cardiólogo porque haya sido invitado a un congreso mundial de cardiología, o porque haya

investigado. Nadie duda que actúa según la ética debida, y por eso se aclaran sus conflictos de interés, pero eso no le invalida como experto. Y es un capital que no debería perderse para las decisiones administrativas. Al menos, no sin que eso implique no contar con los mejores.

Búsqueda de expertos

Un problema que puede surgir es la dificultad de encontrar personas cualificadas para formar parte de los comités. Si son especialistas de trayectoria consolidada, habrán trabajado con diversas compañías, y será imposible encontrar personas con un perfil elevado y autorizado sin dichas incompatibilidades.

Si sólo pueden participar en las ponencias o deliberaciones, o en las actividades de las administraciones, aquellos que no tengan ningún interés y que

Los conflictos de interés no invalidan siempre la autoridad e independencia del afectado, pero es necesario saberlos

nunca hayan recibido financiación o pago por servicios, ¿estaremos trabajando con los mejores? La formación es clave: ¿Quién se ocupará de organizar las actividades formativas con médicos en materia de vacunas sin quedar invalidado para opinar?

No cabe duda que la transparencia es algo necesario y el Ministerio acierta en el desarrollo del artículo 11 que afecta a la salud pública. Hay pocos días para las alegaciones, pero Facme ya ha mostrado su intención de revisarlo: hasta el 6 de noviembre es el estrecho margen con el que se cuenta. Mientras algo tan sencillo y necesario como la formación se esté llevando a cabo desde compañías, será habitual encontrar ponentes que hayan impartido una charla sobre vacunas a pediatras, médicos de familia, geriatras u otras especialidades. Quizás los conflictos de interés puedan ser calificados, para evitar que se caiga en el viejo tópico de que el pago de una comida puede cambiar la voluntad de un médico.



El Ministerio de Sanidad ha dado a conocer el proyecto de Real Decreto por el cual pretende legislar el conflicto de intereses de los miembros que forman parte de comités de decisión en cuestiones sobre salud pública.

Sanidad “exigirá imparcialidad” en las decisiones sobre salud pública

El Ministerio publica un proyecto de Real Decreto que regulará los conflictos de intereses

J. RUIZ-TAGLE
Madrid

“Las Administraciones sanitarias exigirán transparencia e imparcialidad a las organizaciones científicas y profesionales y a las personas expertas con quienes colaboren en las actuaciones de salud pública, incluidas las de formación e investigación, así como a las personas y organizaciones que reciban subvenciones o con las que celebren contratos, convenios, conciertos o cualquier clase de acuerdo”. Este es el primer precepto que el Ministerio de Sanidad ha incluido en su borrador de Real Decreto por el que se desarrolla el artículo 11 sobre la colaboración en Salud Pública. El texto también incluye que para alcanzar el objetivo “será pública la composición de los comités o grupos que evalúen acciones o realicen recomendaciones de salud pública, los procedimientos de selección, la declaración de intereses de los intervinientes, así como los dictámenes y documentos relevantes”. El texto, que admite alegaciones hasta el próximo 6 de noviembre, argumenta la necesidad de su reglamentación porque el sistema sanitario necesita “mantener y mejorar el buen

Formación e investigación
El Ministerio pedirá que se realicen declaraciones de conflictos de intereses en estas tareas

Alegaciones
El borrador publicado da de plazo hasta el 6 de noviembre para que los afectados presenten alegaciones

gobierno y lograr que tenga el máximo crédito y confianza públicas posibles”.

Las dudas que se desprenden de este borrador es saber qué será para el Ministerio de Sanidad el conflicto de interés y, sobre todo, cuándo no se tendrá la imparcialidad presumible para cada uno de los miembros que hoy en día forman parte de los comités de decisión. “Lo que se pretende es desarrollar un modelo de transparencia y de declaración de conflicto de interés en relación con las decisiones que se tomen en Salud Pública

pero como bien dice el documento podría servir de marco para el resto de decisiones en salud. Como idea no hay nada que objetar. Otra cosa sería ver el detalle, es decir, ver cuál es el modelo de conflicto de intereses y sobre todo qué impacto va a tener esa declaración sobre la actuación de los profesionales”, asegura el presidente de Facme, Fernando Carballo.

El modus operandi para la formación de los diferentes comités que toman decisiones sobre salud pública es que el Ministerio elige a la sociedad científica o profesional que crea que tiene mayor conocimiento y, a partir de ahora, le pedirá y publicitará posteriormente la relación con los laboratorios por actuaciones de formación, investigación, asesoría o cualquier otra. ¿Se puede desprender que habrá profesionales que tengan que inhibirse en la toma de decisiones o, incluso, abandonar el comité? “Yo creo que se buscan dos cosas con este decreto. La primera es que el miembro del comité se abstenga en la toma de decisiones y no participe del debate si hay un conflicto de interés fuerte, algo que por otra parte ya se hace. La segunda, y yo creo que la más importante, es que Sanidad quiera que se sepa quiénes toman las decisiones y que conflictos potenciales

Transparencia
Sanidad publicitará la composición de los comités que realicen recomendaciones en salud

Ley de Salud Pública
El borrador publicado hace referencia al desarrollo del artículo 11 de esta ley promulgada en 2011

podían tener”, explica Carballo, quien cree que las intenciones conocidas de Sanidad son razonables.

En cualquier caso, el presidente de Facme explica que su opinión es preliminar con lo que de momento se conoce y que esperará a que el Ministerio les haga llegar el borrador del real Decreto para poder estudiarlo antes del 6 de noviembre. “Nos gustaría conocer de primera mano el borrador para poder dar una opinión constructiva y con más elementos de detalle”, concluye.

Sanidad dice que el último criterio para la inclusión de una vacuna es el precio

La directora general de Salud Pública, Pilar Aparicio, agradece a las comunidades "su ingente aportación"

J. RUIZ-TAGLE
Madrid

El Ministerio de Sanidad asegura que en las Comisiones de Salud Pública y, previamente, en las ponencias de vacunas, el último criterio al que se atiende es al precio de las mismas. Así lo ha asegurado en el Congreso de los Diputados la directora de Salud Pública, Pilar Aparicio, durante una jornada sobre concienciación sobre la vacunación que se ha celebrado en la Cámara Baja. "Medimos muchísimo la eficacia y la seguridad de cada una de las vacunas que analizamos porque cuando se decide introducir hay que estar muy seguros. El último criterio que se pone sobre la mesa es el precio. Por tanto, ninguna vacuna está fuera del calendario por el precio, lo estarán por otro motivo, como por ejemplo que no haga una gran aportación", afirmó tajante. Aparicio también señaló que el reciente calendario vacunal para toda la vida ha sido discutido por todas las comunidades autónomas, a las que agradeció "su ingente aportación" y su "nivel de solidaridad impresionante".

La directora general también aprovechó el foro en el que participó para solicitarles a los actores políticos que no hicieran un uso partidista de la salud pública. "Esto tiene que estar por encima del interés individual y tiene que nacer del consenso. La equidad es seguir el calendario aprobado por todos", afirmó.

Junto a Aparicio también participaron en la jornada representantes del PSOE,



Pilar Aparicio, directora de Salud Pública.

Sanidad pide a los partidos políticos que alejen de los intereses individuales las políticas de Salud Pública

PSOE, PP y Ciudadanos coinciden en que hay que trabajar en la concienciación para aumentar la cobertura

PP y Ciudadanos. El representante 'naranja', José Antonio Mirón, aseguró que la principal demanda de su grupo parlamentario es que las políticas de salud pública sean vinculantes en toda España. "En concreto, es prioritario que haya unidad al seguir el calendario vacunal y el ministerio debe hacer lo que tenga que hacer para conseguirlo", dijo.

Desde el Partido Popular, la ex portavoz en la Comisión de Sanidad, María Luisa del Moral, pidió al ministerio que

actuara para conseguir aumentar la cobertura, sobre todo en profesionales. "La planificación, la pedagogía y la evaluación de resultados deben ser criterios prioritarios en todas las políticas de salud pública", afirmó.

Por último, la socialista Laura Berja instó a sacar la vacunación de los centros sanitarios para aumentar las cuotas de vacunación. "Junto a esto hace falta invertir en una campaña de concienciación", aseveró.

JOSÉ MARÍA MARTÍN MORENO | Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Valencia



"Hay informaciones sin rigor que provocan que no se crea en el valor de las vacunas"

J. RUIZ-TAGLE
Madrid

Las cifras de vacunación de la gripe son bajas en comparación con las recomendaciones de la OMS. GACETA MÉDICA habla con José María Martín Moreno sobre las causas.

Pregunta. ¿Dónde están las principales dificultades para que España esté tan lejos de los porcentajes que recomienda la OMS en vacunación contra la gripe?

Respuesta. Existe un contexto de flujo de informaciones no contrastadas ni basadas en criterios rigurosos que provoca que muchas personas, incluso profesionales, no crean en el valor de la vacunación en general y contra la gripe en particular. La única forma de corregir esto es con información, debate y exponiendo principios y criterios exentos de conflictos

de intereses y siempre buscando el bien de la prevención de las enfermedades.

P. ¿Es una de las principales fallas para no avanzar en vacunación contra la gripe el hecho de que los profesionales se vacunen poco?

R. Sin duda alguna. Hay que tener coherencia. Los profesionales deben dar ejemplo pero es que además están rodeados de muchos pacientes que son grupo de riesgo.

P. Existe una diferencia entre comunidades en el uso de la trivalente o la tetraivalente en la vacuna contra la gripe. ¿Crea esto problemas?

R. En general, yo soy partidario de seguir una aproximación coordinada y consensuada porque si no se establece un uso competitivo y partidista de una herramienta de salud pública que debería estar al alcance de todos. La diferencia en este tema, siendo importante, no llega a ser

dramática. Evidentemente, al tener una cepa adicional se supone que tiene esa ventaja de autodefensa pero por lo demás, las cepas son las identificadas por los centros colaboradores y declaradas por la Organización Mundial de la Salud, por lo que las diferencias son menores.

P. El Ministerio acaba de publicar un borrador de Real Decreto con el objetivo de avanzar en transparencia en las decisiones de Salud Pública. ¿Qué opinión le merece?

R. Yo creo que eso es sano porque a veces lo que sucede es que se sospecha que puede haber problemas y solo esa sospecha ya nos ancla en la cultura de la desconfianza. La confianza solo se puede confirmar si hay un rigor en lo que se hace y si, a su vez, no existe la posibilidad de argumentar que parte de lo que está justificando un experto esté basado en intereses espurios.

El talón de Aquiles en la vacunación contra la gripe está en los profesionales

En la última campaña solo se vacunaron de media nacional un 33,9 por ciento del personal sanitario

J. RUIZ-TAGLE
Madrid

De nuevo ha llegado la última semana de octubre y con ella la campaña de vacunación contra la gripe. La Organización Mundial de Salud recomienda llegar a unas tasas de vacunación del 75 por ciento pero España se sitúa en el 54, según los datos de l último año. Entre los grupos denominados de riesgo se encuentran el personal sanitario, que recoge unas tasas inferiores a la de la población. Solo el 33,9 por ciento se vacunaron el año pasado, circunstancia que el Ministerio de Sanidad quiere revertir para que sean los primeros en dar ejemplo ante “la forma más eficaz de prevenir la infección”.

Las cifras oficiales que maneja la Dirección General de Salud Pública del Ministerio apuntan a unas 6.300 defunciones atribuidas a la gripe durante el último año. La misión principal es proteger a la población más susceptible de tener complicaciones por la gripe, es decir, mayores de 65 años, embarazadas y personas que padezcan alguna patología crónica respiratoria. “Para alcanzarlo tenemos que reforzar el compromiso con el personal sanitario, valorar sus reticencias y aumentar la cobertura porque es una responsabilidad ética”, aseveró Laura Sánchez, coordinadora del grupo de Vacunas de la Dirección General de Salud Pública, durante la sesión científica ‘Estrategias de prevención frente a la gripe estacional’, coordi-

Campaña 2018-2019 de la gripe

CCAA	PERSONAL SANITARIO		
	Nº vacunados	Población diana	Cobertura (%)
Andalucía	22.764	86.130	26,4
Aragón	4.978	23.753	21,0
Asturias			
Baleares			
Canarias	7.033	25.573	27,5
Cantabria	3.183	8.705	36,6
Castilla y León	11.670	34.331	34,0
Castilla-La Mancha	7.650	24.151	31,7
Cataluña	14.059	52.052	27,0
C.Valenciana	37.480	63.868	58,7
Extremadura	3.178	13.245	24,0
Galicia	9.287	20.172	46,0
Madrid	24.888	72.193	34,5
Murcia	4.508	16.736	26,9
Navarra	2.907	9.601	30,3
País Vasco	8.539	26.497	32,2
La Rioja	1.168	4.371	26,7
Ceuta	244	1.176	20,7
Melilla	211	946	22,3
TOTAL	163.747	483.500	33,9

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social



Gaceta Médica

nada por el Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos, Ángel Gil.

Una de las razones que esgrimen sociedades científicas como SEMG es la

saturación laboral que se vive en los centros de atención primaria. Pero su papel es clave incluso más allá de su propia vacunación. Según las encuestas que manejan, el 17 por ciento de los

españoles no se vacunan por desconfianza y es el profesional sanitario el que debe guiar a los ciudadanos sobre las bondades de la vacunación para evitar las reticencias.

La llegada de la tetravalente reaviva las diferencias

J. RUIZ-TAGLE
Madrid

La llegada de la vacuna tetravalente contra la gripe no se ha adaptado por igual en todo el territorio nacional. El mapa por comunidades refleja que nueve autonomías siguen las directrices del acuerdo marco de central de compras para estos inyectables mientras que el resto, a diferentes velocidades, han ido introduciendo la nueva vacuna para los grupos de riesgo.

La discusión, como en casi todas las innovaciones que llaman a la puerta del Sistema Nacional de Salud, es si el aumento del precio se justifica con un beneficio social. Más allá de las alegaciones de la administración e industria, las sociedades profesionales lo tienen claro. “La tetravalente aumenta la protección hasta en un 20 por ciento. A este dato hay que sumarle que España es una isla en

vacunación contra la gripe si se mira a los países de nuestro entorno... casi todos los países de la Unión europea usan la tetravalente”, aseveró Esther Redondo, Coordinadora Nacional del Grupo de Actividades Preventivas y Salud Pública de Semergen.

Pero, ¿cómo se traduce esta afirmación en datos concretos? Según el Documento de Reflexión sobre la vacunación antigripal tetravalente, firmado por las principales sociedades científicas, si se sustituyera esta vacuna por la trivalente en los grupos de riesgo se evitarían 18.565 casos de gripe, 2.577 complicaciones, 407 hospitalizaciones y 181 muertes.

Respecto al precio, cabe recordar que las vacunas, en general, en España significa el 0,3 por ciento del gasto sanitario (unos 220 millones de euros). Si se mide por lo que supone en gasto en medicamentos solo ascendería al 1,3 por ciento.

Vacunación antigripal cuadrivalente en España para la temporada 2019/2020

1. GALICIA

Grupos de Riesgo (GR) desde los seis meses hasta 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

2. ASTURIAS

GR desde los seis meses hasta los 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

3. LA RIOJA

Niños de riesgo entre seis meses y 15 años.
Embarazadas.

4. CASTILLA Y LEÓN

GR desde los seis meses hasta 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

5. CATALUÑA

GR hospitalarios (por definir).

6. COMUNIDAD VALENCIANA

Embarazadas

7. BALEARES

GR desde los seis meses hasta los 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

8. CANARIAS

GR desde los seis meses hasta los 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

9. CEUTA

GR desde los seis meses hasta los 59 años.
Población entre 60 y 64 años.

10. MELILLA

GR desde los seis meses hasta los 59 años.
Población entre 60 y 64 años.



La AEEH insta a intensificar las medidas para eliminar la Hepatitis C

Mejorar el cribado y poner el foco en poblaciones vulnerables, claves para eliminar el VHC en 2030

NIEVES SEBASTIÁN
Madrid

Es 'vox pópuli' que la OMS marca como objetivo eliminar la Hepatitis C para el año 2030. Y tras un gran esfuerzo impulsado por el Plan de Abordaje de la Hepatitis C (PEAHC) presentado en 2015, ahora entramos en una segunda fase decisiva para cumplirlo. A este respecto, varios hepatólogos han elaborado un documento basado en la evidencia científica con directrices para actuar en la eliminación del VHC.

Según José Luis Calleja, vicepresidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), hay que abrir una nueva etapa porque el perfil del paciente ha cambiado de manera radical. Ahora, señala que hay que centrarse en diagnosticar a todos los pacientes que tienen VHC y no lo saben. Es aquí donde entra en juego el documento de la AEEH, con las acciones a emprender a nivel nacional. Calleja incide en la necesidad de que estas se realicen a nivel nacional y de manera inmediata, con el fin de evitar inequidades entre Comunidades Autónomas.

Javier Crespo, coordinador del documento y presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva, detalla las claves recogidas en esta guía de práctica clínica. En primer lugar, el doctor cree fundamental explicar que la eliminación consiste en reducir un problema que en la actualidad es de salud pública, a un problema que afecte a unas pocas personas; Crespo insiste en este concepto puesto que opina que hasta que no exista una vacuna que prevenga la infección, es prácticamente imposible que sea erradicada.

Ampliar el cribado

Entre las medidas concretas que se incluyen en el documento, los expertos abogan por realizar el cribado en toda la población adulta; en esta línea especifican que, más allá de lo complejo que pueda parecer, hay miembros de la sociedad como embarazadas o personas que se han sometido a una operación a los que ya se les ha realizado la prueba, lo que reduce considerablemente el número de personas al que aplicársela.

Además, instan a centrarse en poblaciones vulnerables (usuarios de drogas por vía parenteral, hombres que mantienen sexo con otros hombres y realizan prácticas de riesgo o personas internadas en centros penitenciarios) y en aquellos pacientes que fueron diagnosticados en su momento pero a los que no se trató. Siguiendo este hilo, Calleja y Crespo consideran que las labores de cribado son totalmente coste-efectivas. Mirando al pasado recuerdan que a principios de los 90 las partidas para



Crespo y Calleja presentaron el documento de la AEEH.

José Luis Calleja

"España está en el camino de la eliminación, pero hay que seguir impulsando acciones para conseguirlo en 2030"

VHC rondaban los 150 millones anuales, pudiendo ofrecer tratamiento al 10 por ciento de los diagnosticados y logrando curar únicamente a un 10 por ciento de estos, cifra que ahora se encuadraría entre los 50 y 100 millones de euros, logrando la cura en la práctica totalidad de los pacientes.

Mejora del diagnóstico

Otro de los puntos incluido en la guía es el de simplificar el diagnóstico, llegando al diagnóstico en un solo paso. Para ello consideran que, en una única extracción de sangre, se debería analizar la presencia de anticuerpos (que indican que el paciente está o ha estado en contacto con la infección) y ver si la infección está

Javier Crespo

"Hay que detectar qué pacientes están perdidos en el sistema y recuperarlos para poder tratarlos"

activa. También apuntan a la importancia de trasladar el diagnóstico fuera del hospital para llegar a las poblaciones vulnerables. Los expertos ejemplifican esta situación con el caso de la Cañada Real, lugar a donde se llevan pruebas denominadas 'point of care' para controlar a la población que allí reside. El objetivo es simple: si los pacientes no van al hospital, hay que hacer que el diagnóstico llegue a ellos.

Papel de la administración

Tanto Calleja como Crespo ponen en valor el papel que ha realizado la Administración durante los últimos años, asegurando que sin su impulso al PEAHC no habría sido posible tratar a

130.000 personas. Pero ahora, indican, es momento de que las autoridades sanitarias y la sociedad vuelvan a implicarse. Para ello apuntan a que es imprescindible la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas para poner en marcha labores de cribado, con el foco también en iniciar políticas sanitarias basadas en la educación para evitar reinfecciones.

Actualmente, se estima que en España quedan unas 80.000 personas sin tratar, y se prevé que el estado de la enfermedad en la mayoría de los casos esté menos avanzado que cuando comenzó a aplicarse el plan; esto, precisan, debería suponer un menor desembolso de recursos y será menos complejo. Como tema urgente a solventar, se apunta a la necesidad de que se comuniquen unas recomendaciones nacionales, puesto que ahora las iniciativas de las CCAA están relativamente limitadas.

Para animar a las autoridades sanitarias a dar el paso, los especialistas ofrecen datos tan positivos como que el año pasado se redujo en un 30 por ciento el número de ingresos para trasplante hepático o que en solo tres años y medio se ha producido una disminución muy relevante de la mortalidad derivada del VHC. Además, afirman que esto les ha sorprendido porque no consideraban que fuera un objetivo a alcanzar en un período tan corto de tiempo.

Sobre la situación de inestabilidad política que hay actualmente en nuestro país, los doctores plantean que esta no debería afectar a esta materia de manera negativa. Señalan que las recomendaciones que se recopilan en el documento deberían adoptarse independientemente de la ideología de quien lidere el Ministerio de Sanidad, puesto que son opiniones basadas en la evidencia científica.

Acciones homogéneas

La idea de crear unas recomendaciones a nivel nacional es de gran importancia para los expertos sin dejar de lado, por supuesto, las características epidemiológicas de cada zona. Explican que, por ejemplo, en Cantabria la estrategia de cribado se aplica por edades, en Aragón por factores de riesgo o en Valencia por pequeños grupos de población. Calleja y Crespo coincide que Cantabria debería ser el espejo en que mirarse, puesto que hay rangos de edad en los que la enfermedad es más prevalente, añadiendo por ejemplo que en las personas con menos de 20 años es casi inexistente.

También consideran importante en este punto el papel de la Atención Primaria, instando a los médicos de esta área a revisar los registros para ver si entre sus pacientes existe algún caso que haya sido diagnosticado pero no tratado.



COMPROMETIDOS CON EL
FUTURO DE LA INMUNOLOGÍA
POR UNA

VIDA EN CALMA

En Janssen trabajamos cada día para que las enfermedades
inflamatorias inmunomediadas sean cosa del pasado

EM-18750 Septiembre 2019

janssen  Immunology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

Café de Redacción

La sostenibilidad no es el único baremo que busca el clínico con el biosimilar

Gestores y clínicos abordan cómo debe articularse el fomento de biosimilares, al albur del Plan de Sanidad

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

Aunque genéricos y biosimilares no son productos comparables, el parecido en las estrategias planteadas para fomentar su utilización en el SNS es más que razonable. Hace años, el antiguo Insalud, con la participación de casi todas las comunidades autónomas, gestionó con éxito la productividad ligada al incremento del porcentaje de uso de genéricos. Hoy no resulta novedoso hablar de productividad ligada a la línea estratégica de los biosimilares —es un indicador tiene más o menos peso en los contratos programa de las comunidades autónomas—. El debate que se plantea tiene que ver más bien con el destino de los incentivos y apela a flexibilizar las estructuras para permitir el retorno directo, no tanto a los profesionales, sino al servicio.

Es una de las ideas que se extrajeron del debate de actualidad 'Medicamentos biosimilares. Contribución práctica a la sostenibilidad y gestión eficiente del Sistema Nacional de Salud', organizado en la sede de Wecare-u con la colaboración de la Asociación Española de Biosimilares, Biosim. Hoy esa capacidad no existe y en algunos servicios hospitalarios con un importante consumo de recursos, como expuso Pilar Llamas, jefa de servicio de Hematología y Hemoterapia de la Fundación Jiménez Díaz, todavía se percibe la pregunta de en qué se beneficia el servicio de una reducción del gasto a través de los biosimilares.

Estructura más flexible

Mientras se sigue trabajando en el mensaje de la sostenibilidad, Alfonso Varela, director de Procesos Asistenciales del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, opina que una estructura "más flexible" que hiciera posible "un retorno directo a los servicios" ayudaría a afianzar la utilización de los biosimilares. "Es difícil desde estructuras públicas como la nuestra establecer este retorno directo, pero creo que es un punto en el que se debería trabajar para implicar, no individualmente al personal, sino sobre todo a los servicios", explicó Varela.

En realidad, esta conclusión deriva de la todavía palpable mejora de la formación del profesional sanitario en materia de biosimilares. El Ministerio de Sanidad ha tenido muy en cuenta este hándicap a la hora de plantear el Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del, actualmente en fase de alegaciones.



De izquierda a derecha las participantes presenciales del encuentro sobre biosimilares, Pilar Llamas (Fundación Jiménez Díaz), María José Calvo (Comunidad de Madrid), Regina Leal (Sescam) y Esther Martín (Gaceta Médica). Alfonso Varela (Complejo Hospitalario de Santiago) lo hizo a través de videoconferencia.

Las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas son muy conscientes de ello, y dos de la que presumen estar hoy a la vanguardia, Castilla-La Mancha y Madrid, han dirigido buena parte de sus esfuerzos. La primera ya estableció en 2016 los trabajos como línea prioritaria de sostenibilidad en gasto farmacéutico. Gracias a ello, los profesionales disponen de dos herramientas de formación: el Boletín Farmacoterapéutico —un modelo clásico que ha incluido a los biosimilares en su tratamiento— y un nuevo informe sobre biosimilares, denominado Refítec —Ruta de Eficiencia Terapéutica— que evalúa cada medicamento en cuanto a su coste-beneficio y establece semáforos.

"Gracias a ellos, hemos visto cómo en dos años hemos multiplicado exponencialmente la penetración de biosimilares hasta el punto de convertirnos en la primera comunidad en penetración de biosimilares", destacó Regina Leal, directora gerente del Sescam, que también apuntó a otra de las medidas incluidas en el Plan del Ministerio. "Hay algo que se fomentó hace tiempo para la implantación de genéricos, que nos vendría muy bien para los biosimilares, y que se ha perdido en la cultura de la gestión sanitaria, y es que se recete por principio activo".

En la misma línea que Castilla-La Mancha, Madrid lleva tiempo trabajando en la formación como línea estratégica porque transmitir el valor del biosimilar como facilitador de acceso a otro tipo de innovación. Como trasladó María José Calvo, subdirectora general de Farmacia de Madrid, el diálogo con los profesionales ha sido generalizado, pero especialmente intenso en dos áreas que se consideraron prioritarias desde el punto de vista de la llegada de nuevos biosimilares: oncología y hematología. Fruto de ese trabajo, la comunidad ha sido capaz de sacar un documento de consenso con el posicionamiento en biosimilares en oncología y hematología para todo el Servicio Madrileño de Salud.

¿Y la intercambiabilidad?

Otros de los retos de los biosimilares mencionados por los expertos también entroncan con el plan lanzado por el Ministerio. Por ejemplo, la intercambiabilidad, "una cuestión a trabajar", para Alfonso Varela, quien opina que sigue generando problemas con algunos profesionales y pacientes. Derribar esta barrera pasa, de nuevo, por la formación de los profesionales. El médico, según Llamas, todavía tiene que "entender bien desde el proceso de producción hasta la estructura del biosimilar". Esa,

dijo, es una de las dos grandes patas para pagar en materia de convencimiento. La otra es el potencial del trabajo en equipo, especialmente con el Servicio de Farmacia Hospitalaria. "Hoy día no se concibe que el clínico trabaje de forma independiente al farmacéutico", resaltó Llamas.

Las dos representantes de la Administración tomaron buena nota de estas aportaciones, al tiempo que apuntaron otras de las barreras que a su juicio siguen pendientes de afrontar. Así, aunque Ingesa ya está trabajando en la centralización de los procedimientos de compra, María José Calvo apuntó que sería necesario hacer el proceso más dinámico. Desde Castilla-La Mancha, Leal también defendió una mayor rapidez en la aprobación de fármacos biosimilares, algo que, reconoció, ya está en la agenda del Ministerio de Sanidad. Pero la directora-Gerente del Sescam también aludió a otras apuestas "más innovadoras" que quizá podrían tenerse en cuenta. "¿Por qué no abrir el debate de la aprobación de la sustitución?", se preguntó. "No digo que esté de acuerdo con la sustitución, pero el recorrido del biosimilar, después de 15 años, es suficiente como para que tanto los gestores como los clínicos confiemos", dijo.

PARA NUEVAS RESERVAS HASTA EL 5 DE DICIEMBRE. Precios desde por persona y estancia en cabina doble interior en régimen pensión completa, válidos para determinadas fechas de 2020. Tasas de embarque incluidas. Cuota de servicio/propietas y gastos de gestión (L6E por reserva) no incluidos. Donde se indica incluye vuelos desde Madrid o Barcelona en clase turista y trasladados desde/hacia el puerto. Hasta 70% de ahorro por venta anticipada, aplicable sobre los tarifas máximas publicadas en los catálogos y webs de las compañías navieras en determinadas salidas, buques y categorías, ya aplicado en los precios publicados. Descuento calculado a partir de publicación de la compañía y catálogo, pudiendo sufrir variaciones o verse reducido dicho importe. Hasta 10% de descuento en tarjeta regalo de El Corte Inglés, aplicable sobre el valor de solo crucero a descomponer del precio total. No reembolsable. Pago desde 60€ por persona a descomponer del anticipo a efectuar 2 meses antes de la salida. Niños crucero gratis o con grandes descuentos válidos para algunas salidas y barcos. Consulta condiciones específicas de todas las promociones y compañías participantes en el folleto "Crucero Fantástico 2020". Plazas limitadas. Pago en 3 meses con tu Tarjeta de Compra El Corte Inglés. Financiación ofrecida por Financiera El Corte Inglés, E.F.C.S.A. y sujeta a su aprobación. Consulta condiciones en Viajes El Corte Inglés. HERMOSILLA 112 - MADRID.

CRUCERO FANTÁSTICO 2020

EL VIAJE EMPIEZA A BORDO



¡Reserva ya tu crucero!

Hasta **70%** de ahorro



Si el precio baja te lo igualamos



Reserva por solo 60€



Niños: crucero gratis o con grandes descuentos



Tasas de embarque incluidas



Sin gastos de cancelación hasta dos meses antes

Hasta **10%** Tarjeta Regalo El Corte Inglés



Mediterráneo

8 días | 7 noches

desde **349€**

Islas Griegas ✕

8 días | 7 noches

desde **749€**

Norte de Europa ✕

8 días | 7 noches

desde **899€**

Fluviales

8 días | 7 noches

desde **1.155€**

¿Te gustaría descubrir otros destinos? ¡Caribe, Asia, Alaska...los ponemos a tu alcance!

902 400 454
viajeselcorteingles.es



VIAJES **El Corte Inglés**
Una sonrisa de ida y vuelta

El diagnóstico molecular en oncología contará con un sello de calidad

El objetivo es definir un sistema que reconozca la excelencia en los laboratorios de oncología molecular

GM
Madrid

Impulsar la calidad de la asistencia y la investigación de los centros hospitalarios es un objetivo de la Fundación ECO y Fundamed. Para ello, han puesto en marcha un sello con el que acreditarán la calidad del diagnóstico molecular que se realiza en los servicios de oncología.

El proyecto, que se realiza en colaboración con Bayer, ya se está implementado en la Fundación Jiménez Díaz, bajo la batuta de Jesús García Foncillas y Federico Rojo, jefes de sus departamentos de Oncología y Anatomía Patológica, que someterán al servicio de oncología a un exhaustivo análisis que les permita identificar si cumplen con los requisitos de calidad definidos por esta certificación. A juicio de García Foncillas, los avances en oncología han permitido identificar biomarcadores predictivos que se traducen en estrategias personalizadas. Algo que ofrece excelentes oportunidades, pero, a su vez, crea nuevos retos organizativos y de gestión.

Uno de ellos ha sido la implementación del diagnóstico molecular en la práctica

clínica, lo que ha supuesto también cambios en la terapéutica y en los tratamientos. “Con este sello hemos querido definir un sistema que reconozca la excelencia en los laboratorios de oncología molecular y valorar y sentar las bases de la calidad del diagnóstico molecular en todos los aspectos. Es importante conocer el modelo organizativo, el tipo de financiación del laboratorio de oncología molecular y si depende del servicio de oncología o de otro servicio del hospital, así como las técnicas de diagnóstico utilizadas, entre otras cuestiones”, ha explicado Santiago de Quiroga, vicepresidente ejecutivo de Fundamed.

Se analizarán aspectos como la coordinación entre servicios, la utilización de técnicas de secuenciación masiva, la utilización de la biopsia líquida, etcétera. “Todo ello nos permite definir de una manera más precisa el diagnóstico, porque conoceremos mejor la tipología del tumor en función de su caracterización genética, nos ayuda a identificar biomarcadores predictivos, en definitiva, a evaluar mejor a los pacientes, administrándoles tratamien-



Jesús García Foncillas y Federico Rojo.



tos personalizados y terapias dirigidas que se traduzcan en mayor supervivencia y mejor calidad de vida” señala García Foncillas. “La oncología ha evolucionado hacia un nuevo concepto marcado por la individualización del tratamiento, basado en el estudio molecular del tumor y que permita un diagnóstico que aporte más información

que la mera identificación anatómica del tumor primario y su estudio histológico. En este nuevo escenario de precisión, el estudio de alteraciones que marquen un punto de inflexión en el beneficio terapéutico de un paciente aporta un valor excepcional al tratamiento del tumor” comenta Guido Senatore, director Médico de Bayer.

Opinión

Cáncer de mama: No estás sola, vamos juntos



VICENTE GUILLEM, jefe del departamento de Oncología de IVO y Presidente de la Fundación ECO

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres, pero su mortalidad ha ido disminuyendo año tras año gracias a los avances producidos en el diagnóstico precoz y en los tratamientos, lo que ha permitido que el 90% de las pacientes estén libres de la enfermedad cinco años después del diagnóstico y tratamiento del tumor.

A veces todo empieza con un bulto del que no queremos hacer caso y otras como resultado de un control rutinario que observa una anomalía en el pecho o en la mamografía. Entrar en la rueda del proceso diagnóstico de un cáncer de mama siempre es una situación muy estresante que se afronta con grandes dosis de temor e incertidumbre y aunque la mujer es, por naturaleza, valiente, no deja de tener importantes repercusiones emocionales.

Pero de una cosa puede estar segura la mujer: En este proceso no estará sola. En el camino encontrará a mucha gente dispuesta a ayudarla y que le prestará su apoyo. Un apoyo que procederá, fundamentalmente, de cuatro ámbitos a los

que sin duda puede y debe recurrir en cualquier momento.

El primero de ellos es el apoyo médico: Una vez confirmado el diagnóstico, los médicos procederán a estudiar todos los detalles de la enfermedad: detalles biomoleculares del tumor, detalles generales de tu salud, incluso detalles sociales que pueden influir en el proceso evolutivo de la enfermedad.

Hacer un buen diagnóstico clínico y molecular es fundamental, ya que con ello podemos distinguir cuatro tipos de cáncer de mama, que tienen distinto pronóstico y distinto tratamiento. Hoy en día, disponemos de un amplio arsenal terapéutico que nos permite tratar alteraciones moleculares de la enfermedad. Saber el nombre y los apellidos de la enfermedad es crucial, ya que son los detalles los que marcan la diferencia. Actualmente, podemos ser más efectivos produciendo menos efectos secundarios, ofreciendo a cada paciente un tratamiento personalizado.

Pero todas las pacientes tienen que saber que tendrán que superar situaciones difíciles, y por tanto hay que ser

valiente y luchar, porque, aunque cada día los tratamientos son más eficaces y menos tóxicos, no están exentos de efectos secundarios. Según el caso las pacientes podrán recibir cirugía para extirpar el tumor y reconstruir la mama, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia e inmunoterapia y estos tratamientos a veces no son fáciles de digerir, ya que pueden presentar efectos secundarios importantes que en ocasiones alteran de forma importante la calidad de vida de las

pacientes. Pero el objetivo es la supervivencia y de eso la mujer sabe mucho.

El segundo apoyo muy importante es el familiar. Pero, ¡ay!, con mucha

frecuencia es la mujer la que apoya a la familia. Entonces... ¿cómo van a reaccionar? Es bueno que se hable en familia, a cada uno con el lenguaje que pueda entender, pero se ha de hablar con todos ya que la vida familiar va a sufrir cambios. Es mejor que no perciban miedo y sepan qué es lo que va a pasar.

El tercer apoyo es el psicológico. A veces no solo se trata de luchar contra la enfermedad, a veces se trata de “normalizar” la vida o retomarla en donde la dejamos

9 de cada 10 pacientes se pueden curar, por lo que hay que seguir realizando labores de concienciación

antes del diagnóstico. ¿Por qué no recibir la ayuda de profesionales especialmente formados en estos temas? El apoyo psicológico es fundamental y prácticamente todos los hospitales cuentan en la actualidad con psico-oncólogos, que, en caso de necesitarlos, pueden ayudar a conseguir el objetivo de volver a recuperar la autoestima y a ser feliz, y sobre todo a no vivir con miedos porque cada vez hay más posibilidades de curación.

Por último, están las asociaciones de pacientes, que pueden ayudar a vivir la enfermedad en compañía, prestando apoyo y asesoramiento, transmitiendo al mismo tiempo su experiencia, ya que suelen estar formadas por personas que ya han pasado por lo que la mujer a la que le han diagnosticado un cáncer de mama va a pasar y pueden ayudar a entender mejor la enfermedad y a actuar en consecuencia.

9 de cada 10 pacientes se pueden curar de un cáncer de mama, por lo que hay que seguir realizando labores de concienciación y de apoyo, porque una mamografía puede salvar la vida de una paciente. Hacer deporte y evitar la obesidad no solo mejora la salud, sino que puede ayudar a prevenir enfermedades. Las mujeres tienen que saber que no están solas: vamos todos juntos.

Saber más sobre responsabilidad civil



Un cambio de planes sobre la marcha puede acarrear consecuencias muy graves para el doctor

Esta semana analizamos un caso que comienza con la querrela de un paciente contra el doctor que le intervino quirúrgicamente del hombro, con ocasión de una patología consistente en un síndrome subacromial en el hombro izquierdo.

En el momento de la intervención, y tras la firma del consentimiento informado, el doctor procedió a la operación de hombro del paciente, pero no del izquierdo, como se había determinado, sino del hombro derecho, ya que, según refirió el facultativo, el paciente había mostrado dolores también en el hombro derecho, decidiendo, en ese mismo momento, realizar la operación en dicho hombro aun conociendo que la intervención estaba programada para el izquierdo.

La intervención consistió en una coroplastia más un peinado del tendón subescapular por medio de una artroscopia en el hombro derecho. Esta intervención tuvo como consecuencia la hospitalización del paciente durante un día y, además, una larga baja laboral mientras recibía rehabilitación y esperaba a que se recuperara el hombro derecho, para poder ser intervenido del izquierdo. Unos meses después el paciente fue intervenido por diagnóstico de hombro izquierdo doloroso, rotura intrasustancia de supraespinoso y síndrome subacromial del mismo lado, realizándose la intervención mediante artroscopia consistente en sinovectomía de la rotura, bursectomía y acromioplastia, siguiendo posteriormente tratamiento rehabilitador y obteniendo el alta cuatro meses después.

En el procedimiento que se llevó ante el Juzgado de lo Penal, tanto el Ministerio Fiscal como la acusación particular solicitaron la condena del doctor como autor de un delito de lesiones por imprudencia profesional del artículo 152.1.1º del Código Penal, solicitando pena de prisión de cinco meses y seis años, respectivamente, inhabilitación para el ejercicio de la profesión por un período de dos y cuatro años, respectivamente, y una indemnización de 52.000 y 75.000 euros, respectivamente.

El delito de lesiones es un delito de resultado, consistiendo en el menoscabo de la integridad corporal o la salud física o mental, debiendo darse una relación de causalidad e imputación objetiva entre el comportamiento del sujeto activo y el resultado lesivo.

En el procedimiento quedó acreditado que el doctor reconoció que intervino al paciente del hombro derecho, cuando éste ingresó para ser operado del hombro izquierdo, del cual existían pruebas médicas.

El tribunal entendió que concurre el desvalor del resultado de la acción, es decir, la consecuencia lesiva vulneradora de uno de los bienes jurídicos protegidos por la norma. Además, entendió que la agresión física soportada por una intervención quirúrgica supone un quebranto de la integridad física y que en el supuesto que nos ocupa, el acusado actuó con absoluta omisión del deber de cuidado que obliga la lex artis.

El juez consideró que resultó acreditado que el acusado había incurrido en una negli-

gencia grave, en infracción de las normas más elementales de la lex artis, al practicar la operación en el hombro derecho a pesar de conocer que el hombro que debía operar y respecto del cual se habían realizado las pruebas necesarias para tener en cuenta la necesidad de intervención —y prestado consentimiento informado— era el hombro izquierdo.

Además, la defensa alegó que no se había ocasionado una lesión, por cuanto se había

producido una mejora tras la intervención en el hombro derecho. Pero la sala entendió que no quedó acreditada la entidad de la patología que presentaba el paciente en el hombro derecho, y por tanto no quedaba acreditada la necesidad de realizar una intervención.

Finalmente, y con base en todo lo anterior, se dictó fallo por el que se condenó al doctor responsable de la intervención como autor penalmente responsable de un delito de lesio-

nes por imprudencia profesional del artículo 152.1.11 del Código Penal, a la pena de cuatro meses de multa con cuota diaria de 200 euros, inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión durante un plazo de 4 meses y al abono de una indemnización de 60.000 euros al paciente reclamante.

Más información en:
www.lexsanitaria.com

Di **SÍ** al medio ambiente
Di **SÍ** a SIGRE



Mano a mano
POR UN MUNDO MEJOR

El cuidado del medio ambiente para construir una sociedad más sostenible, es una labor de todos.

Por ello, las autoridades sanitarias y medioambientales recomiendan llevar al Punto SIGRE de la farmacia:

LOS ENVASES VACÍOS

LOS RESTOS DE MEDICAMENTOS

LOS MEDICAMENTOS CADUCADOS

Con la colaboración de todos, lograremos un mundo mejor



Medicamento y Medio Ambiente

UNA INICIATIVA DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
EN COLABORACIÓN CON LA DISTRIBUCIÓN Y LAS FARMACIAS

www.sigre.es

PRESTA ATENCIÓN A LOS
ANTIBIÓTICOS
AL APLICAR ESTOS CONSEJOS



Síguenos en
f t y Blog

Castilla y León vive otra sesión plenaria de trifulca sanitaria

El PSOE acusa al Gobierno de recortes y éste le pide que deje la demagogia

J.R-T
Madrid

El procurador socialista Diego Moreno ha defendido en el Pleno de las Cortes una Proposición No de Ley (PNL) en materia sanitaria en cuya defensa ha insistido en que el PSOE no "blanqueará" los "recortes" sanitarios, mientras que Ciudadanos ha reiterado su invitación al diálogo para avanzar en un pacto en la materia. Moreno ha confiado en "enterarse" en el Hemiciclo sobre las pretensiones que el Gobierno de PP y Ciudadanos tienen en el ámbito sanitario que, a su juicio, se encuentra en un "estado preocupante" que lleva al servicio al "colapso" a medio plazo. En este punto, el procurador socialista se ha pronunciado sobre el Plan Piloto de Aliste planteado desde la Consejería de Sanidad, "un consultorio médico sin médico no es un consultorio médico, es otra cosa", ha señalado Moreno, quien ha pedido a Cs y PP que "no se lleven las manos a la cabeza" cada vez que les culpan de "cerrar consultorios". "Es lo que pretenden", ha aseverado.

Tras esta intervención, el procurador de Ciudadanos, Juan Pablo Izquierdo, ha señalado que "no hay más sordo que el que no quiere oír" y ha lamentado que el PSOE no asistiera a la reunión con la consejera de Sanidad, Verónica Casado, para abordar este asunto. "Hablan de recortes y eso es falso, las acciones que se pretenden impulsar requieren más financiación y más dinero", ha defen-



El Parlamento de Castilla y León.

dido, al tiempo que ha señalado al Gobierno de Pedro Sánchez como el artífice de los "recortes".

Izquierdo ha defendido que la formación naranja quiere mejorar la sanidad en Castilla y León y destinar al menos el 20 por ciento del presupuesto sanitario a la Atención Primaria. "Hay que conocer los problemas para presentar soluciones, las cosas no se arreglan por sí solas", ha señalado, tras lo que ha culpado al PSOE de mentir. "Están haciendo mucho

daño, ustedes son perjudiciales para la salud, sin hacer nada no se arreglan las cosas, por el bien de su partido siéntense a dialogar en el pacto de la Sanidad, en democracia no se exige, se dialoga", ha aseverado.

Tras esta discusión, el procurador 'popular' Alejandro Vázquez ha afeado el tono del PSOE. "Se encuentran más cómodos pactando por sanidad con Bildu en Navarra que en Castilla y León, eso es difícil de explicar", ha manifestado.

Aguirre denuncia que el anterior gobierno inflaba la cifra de vacunación

J.R-T
Madrid

El consejero de Salud de la Junta de Andalucía, Jesús Aguirre, ha señalado que "se está estudiando" llevar a los tribunales el caso de las 'vacunas fantasmas', después de que el Gobierno andaluz acusara esta al anterior gobierno del PSOE de "falsear sistemáticamente" los datos de la tasa de vacunación de la gripe "inflándolos" para no quedar a la cola del resto de comunidades autónomas. Así ha respondido Aguirre a preguntas de los periodistas sobre si tienen pensado presentar alguna denuncia ante los tribunales, una declaración en las que ha añadido que "se remite a lo que había", y es que "desde 2001 a 2018, por decisiones políticas y para mantener la media estadística de vacunados en mayores de 65, embarazadas y personal sanitario, se inflaban las cifras en un porcentaje de entre un 10 y un 14 por ciento, sencillamente para transmitir al Ministerio que la cifra era buena".

Hay que recordar que el consejero de Presidencia, Elías Bendodo, denunció este "nuevo fraude" del que dio cuenta el consejero de Salud en virtud de un informe certificado confeccionado por los profesionales de la Inspección de Servicios Sanitarios, que revela que desde el 2012 "la Consejería inflaba una media del 10 por ciento el porcentaje de esta tasa para que Andalucía estuviera en el ranking por encima de la media de comunidades".

Castilla-La Mancha pide al Gobierno un 7% de inversión

J.R-T
Madrid

El consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, Jesús Fernández, ha reclamado al Gobierno central que eleve al 7 por ciento el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) que dedica a la sanidad pública, pues en la actualidad está "infrapresupuestada y no puede estar por debajo del 6 por ciento". De igual modo, y en clave nacional, ha pedido un acuerdo marco a nivel farmacéutico para fomentar el uso de medicamentos genéricos y biosimilares a fin de reducir el gasto. "Castilla-La Mancha está siendo muy criticada por ser la primera región en uso de medicamentos genéricos y la primera en uso de biosimilares", ha lamentado Fernández, que ha evidenciado que entre el 2014 y el 2019 el gasto en fármacos en la región ha aumentado, pues ha pasado de 680 a 880 millones.

"Si queremos ser muy eficientes, por esta rendija se van 200 millones, pero hay que redireccionar este asunto a base de hacer política farmacéutica con genéricos y biosimilares", ha insistido.

Ya en clave regional, el consejero ha recordado, como ya avanzara en su comparecencia en las Cortes del pasado mes de septiembre, que su departamento va a trabajar en cambiar el modelo asistencial para proporcionar una mejor respuesta sanitaria a la cambiante realidad social de Castilla-La Mancha. "La demanda ha cambiado y el modelo de prestación sanitaria vigente está estancado. Hay un Decreto de 1987 con el que trabajamos basado en un modelo hospitalcentrista que hay que cambiar, pues en Castilla-La Mancha la actividad sanitaria se ha incrementado un 22 por ciento", ha añadido.

De ahí que el objetivo del Ejecutivo autonómico sea desarrollar, a través de



Jesús Fernández, consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.

cuatro áreas, 25 líneas y siete metas, el Plan de Salud 2019-2025, que presentará a finales de este año. En esta nueva impronta que el Ejecutivo castellano-manchego quiere dar al sistema sanitario regional, la Atención Primaria y los Cuidados, dentro de la Salud Comunitaria, tendrán un gran protagonismo en el nivel asistencial, respondiendo así a las necesidades de una población cada vez

más envejecida y con preponderancia de enfermedades crónicas.

El titular regional de Sanidad ha insistido en que tanto el sistema de salud regional como el nacional se enfrentan a tres grandes retos, como son la cronicidad de los enfermos, un nuevo modelo de asistencia originado por nuevas y mayores expectativas de los ciudadanos, y un desafío inversor.

Primaria

Médicos de familia y enfermería, en sintonía en la atención a los crónicos

SEMG impulsa talleres de formación que potencian una visión integrada en el abordaje

GM
Madrid

Médicos de familia y profesionales de enfermería constituyen un binomio básico en el abordaje de la cronicidad. La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) lo tiene claro e integra los perfiles de ambos profesionales en las nuevas ediciones de sus talleres 'APúntate! a la asistencia en equipo del paciente crónico en Atención Primaria', con el objetivo de contribuir a la mejora de la práctica clínica integral en el manejo de este tipo de enfermos, muy frecuentes en las consultas del primer nivel asistencial.

La primera sesión de estos talleres en el nuevo curso tuvo lugar en Córdoba con todas las plazas cubiertas, al igual que en las ediciones anteriores organizadas en distintos puntos de la geografía española. Su éxito radica en esta apuesta por promover el trabajo en equipo desde las respectivas responsabilidades de cada profesional.

De lo que se trata, según una de las docentes de la actividad, Reyes Gil, es de "potenciar el trabajo conjunto entre medicina y enfermería en la atención a los pacientes pluripatológicos y que, a la vez, éste sea bidireccional según compe-



Eva Sáez (enfermera educadora en diabetes), Carlos Miranda (G. Diabetes SEMG) e Isabel Egocheaga (G. Cardiovascular).

tencias, teniendo en cuenta la importancia que tiene el buen control en estos pacientes". Es decir, "trabajar en equipo, con la finalidad de unificar pautas de atención, para conseguir una mejora de la calidad de vida de los pacientes". En concreto, la actividad está enfocada a

optimizar el seguimiento de enfermos pluripatológicos con EPOC y diabetes que precisan anticoagulación oral en los que es necesaria una actuación conjunta.

En cada reunión se plantea un caso clínico de un paciente crónico con múltiples patologías, para después discutir

cuáles son las mejores opciones para su abordaje y tratamiento conjunto. Divididos en dos grupos, un docente enfermero y dos docentes médicos dinamizan la discusión abordando el caso clínico desde las perspectivas de Medicina y Enfermería individualmente, para posteriormente ponerlo en común y generar debate. "Esta forma de trabajo favorece llegar a conclusiones que permitan mejorar las competencias asistenciales en el equipo sanitario y crear un protocolo de actuación personalizado para cada equipo de trabajo de los centros de salud que garantice una adecuada asistencia", Isabel Egocheaga, docente y responsable del Área Cardiovascular de la SEMG.

El contenido científico que se imparte en esta actividad de la SEMG está adaptado a cada perfil de profesional sanitario, con la intención de incrementar la compenetración entre los dos roles y de empoderar la función de atención primaria.

Los próximos talleres 'APúntate! a la asistencia en equipo del paciente crónico en Atención Primaria', organizados en colaboración con Boehringer Ingelheim, tendrán lugar en Valencia (7 de noviembre), Oviedo (13 de noviembre) y Madrid (26 de noviembre).

Un reto físico y emocional apoyado por Meritene

GM
Madrid

Por segundo año consecutivo, Nestlé Health Science ha brindado a cuatro mayores de 65 años una experiencia inolvidable: realizar desde los últimos 102 kilómetros el Camino de Santiago acompañados por un familiar y *coach*. Se trata del premio de la promoción de Meritene Fuerza y Vitalidad que se llevó a cabo entre marzo y septiembre, y al que se presentaron 1.500 candidatos. Para participar, el requisito era la compra de un producto de la marca, contestar un formulario y el envío de un vídeo de un minuto explicando la motivación del candidato.

Desde el punto de vista emocional, realizar el camino es una experiencia en mayúsculas por la inmersión personal que representa. Todos ellos incorporaron objetivos personales en sus mochilas y

nuevos retos por conseguir, y los alcanzaron. Una de las conclusiones más interesantes de este reto compartido, impulsado por Meritene, es que más allá de los kilómetros recorridos, los caminantes aprendieron sobre sí mismos, reflexionaron en solitario y en grupo, y realizaron un aprendizaje personal que les hizo convertirse en amigos al final del viaje.

Además, desde la perspectiva física, el Camino pone a prueba al caminante, por lo que la preparación previa es básica. De hecho, fue uno de los puntos que se tuvo en cuenta en la selección de los participantes, que tuvieron que presentar un certificado médico avalando su buena condición física previa.

Tampoco hay que pasar por alto que ante un reto de estas dimensiones la alimentación antes, durante y después del esfuerzo es básica. En este aspecto, Meritene Fuerza y Vitalidad tuvo un papel fundamental durante la ruta.



Cuatro seniors, sus familiares y un *coach* han realizado los últimos cien kilómetros del Camino de Santiago.

Especializada

Las combinaciones y las ciencias ómicas comienzan a encajar en el puzzle

El reto: la búsqueda de marcadores predictivos para aumentar el porcentaje de pacientes resistentes

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La medicina de precisión y sus compañeros de viaje aterrizaron en el escenario de la oncología hace un tiempo. El Congreso Nacional de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM2019) abordó todos los avances que han llegado al nuevo escenario oncológico.

Lillian Siu, oncóloga médico del Princess Margaret Cancer Center de Toronto, puso el foco, durante la sesión presidencial, en el panorama actual de la medicina de precisión. Los datos de secuenciación de nueva generación (NGS) permiten conocer en profundidad la definición genómica de los tumores. Sin embargo, “el beneficio alcanza a un porcentaje aún pequeño del total de los pacientes, por la escasez de biomarcadores realmente predictivos y por la falta de tratamientos realmente dirigidos a mutaciones esenciales para el tumor”, explica Álvaro Rodríguez-Lescure, vicepresidente de SEOM. Para Siu, con la expansión a otras tecnologías de caracterización molecular, más allá de la genómica, como la transcriptómica y la epigenética, y la evaluación de combinaciones de medicamentos, más allá de la monoterapia, se espera que aumente la utilidad clínica y su alcance.

Asimismo, la inmunoterapia y sus múltiples combinaciones están dando resultados y permitiendo avanzar en algunos tipos de tumores. Su papel en la personalización de las terapias es incuestionable. En el futuro: las vacunas y la terapia celular adoptiva también encajarán en este puzzle.

El análisis de datos es, sin duda, una parte fundamental. De ello se encargó Raul Rabadan, de la Universidad de Columbia, que analizó el trabajo de la aproximación interdisciplinar de físicos, matemáticos, científicos computacionales, biólogos y clínicos para diseccionar cantidades ingentes de datos. Unos datos que permiten la búsqueda de patrones genómicos ocultos para identificar la causa por la que unos pacientes responden a un tratamiento. Además, permiten conocer cómo evoluciona el perfil genómico del tumor y optimizar el tratamiento de forma personalizada al tumor de cada paciente. Como comenta Rabadan, no es más que “la idea de la ciencia de la convergencia donde equipos interdisciplinarios estudian cómo evolucionan los tumores; por qué algunos pacientes responden a las terapias; y cómo podemos optimizar los tratamientos”.

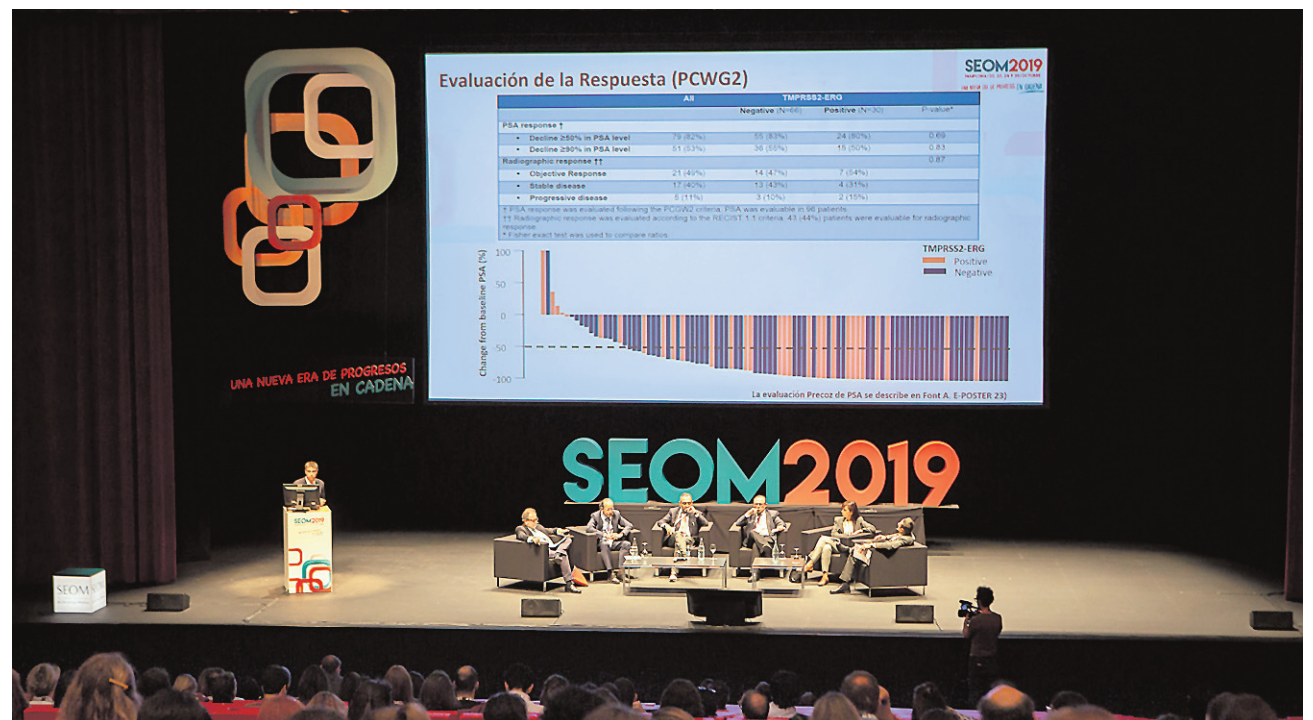


Imagen general de la Sesión Plenaria.

Por su parte, Luis Paz-Ares, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, abordó el potencial de las inmunoterapias basadas en células T dirigidas a neoantígenos para los tumores sólidos. A su juicio, “la estimulación de una respuesta inmune contra el cáncer a través de la

transferencia adoptiva de linfocitos (CARTs, TILs, TSCRs) dirigidos a tumores ha demostrado ser muy prometedora en neoplasias hematológicas, pero la eficacia clínica contra tumores sólidos sigue siendo baja. Dirigirse a los neoantígenos, las mutaciones somáticas expresadas solo por las células tumorales, podría

permitir la destrucción del tumor sin causar un daño indebido a los tejidos sanos vitales. En lo que coinciden los expertos es que “una mejor comprensión del microambiente tumoral y su modulación serán esenciales para sacarle partido a las terapias celulares inmunes”.

Asesoramiento genético: ¿Deben implementarse unidades especializadas?

C.M.L.
Madrid

“La frecuencia de los hallazgos secundarios y su aceptación por parte de las personas testadas son la base para apoyar el desarrollo e implementación de unidades especializadas en asesoramiento genético”. Con esta premisa, la asesora genética, Estela Carrasco, y Judith Balmaña, ambas de la Unidad de Consejo Genético del Vall d’Hebrón, defienden la organización de estas unidades.

Así lo avalan también los datos del estudio presentado en SEOM2019, que demuestran que el 95 por ciento de los pacientes o representantes legales manifiestan el deseo de recibir información de hallazgos secundarios en su consentimiento informado. De todos los pacientes incluidos en el estudio, en el 3

por ciento se identificó una variante de susceptibilidad genética al cáncer como hallazgo secundario en los genes BRCA2, SDHB, PTEN, STK11, RAD52C, en ausencia o sospecha clínica por historia personal o familiar. En consecuencia, 10 personas sanas portadoras de la mutación han iniciado un programa de detección precoz del cáncer.

En el estudio, el cien por cien de los familiares a riesgo que han realizado el test genético consideran que es beneficioso para la prevención del cáncer y se han adherido a estos programas. También han expresado la necesidad de recibir los resultados dentro de un contexto clínico de asesoramiento genético.

Hallazgos secundarios

En los estudios de secuenciación masiva no dirigidos, como análisis de

genoma, exoma o arrays, pueden identificarse variantes patogénicas no asociadas al propósito del estudio. A estas variantes se las conoce como hallazgos incidentales o secundarios. Diferentes guías internacionales han propuesto recomendaciones para orientar qué hallazgos secundarios reportar y cómo comunicarlo. Se desconoce cuál es la frecuencia de estos hallazgos secundarios asociados a una susceptibilidad genética al cáncer a partir de la realización de exomas clínicos.

El proyecto de investigación realizado sobre el análisis de exomas tenía como objetivos evaluar el nivel de aceptación de recibir información sobre los hallazgos secundarios, la frecuencia de estos hallazgos asociados a genes de susceptibilidad al cáncer, y el impacto psicológico de estos hallazgos secundarios.

Seis alteraciones genómicas predictivas para neoadyuvancia

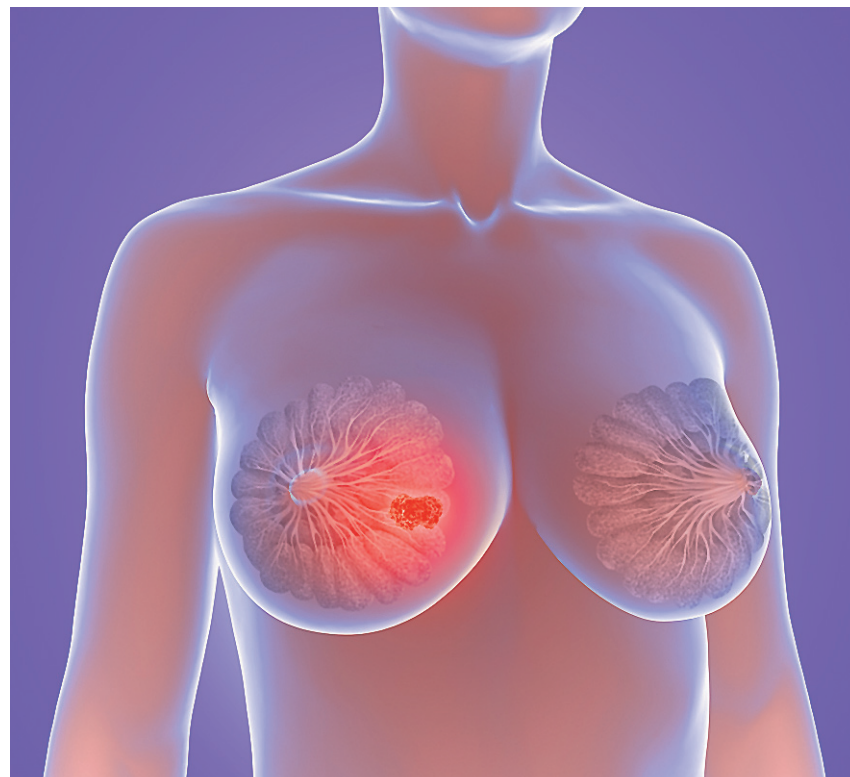
Geicam presenta un estudio sobre el genoma completo en cáncer de mama

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La utilización de técnicas genómicas está abriendo un amplio abanico de posibilidades en oncología. Durante el Congreso SEOM2019, Geicam presentó un análisis del genoma completo en cáncer de mama, identificando alteraciones genómicas predictivas de obtención de una respuesta patológica completa y de buen pronóstico para los pacientes.

El estudio, presentado en la sesión plenaria, identificó en el brazo largo del cromosoma 21 seis genes (CHAF1B, CBR3, CBR1, RCAN1, SLC5A3, y RUNX1), relacionados con la eficacia de la terapia neoadyuvante en cáncer de mama temprano. "Utilizando técnicas genómicas sofisticadas, hemos encontrado seis genes correlacionados con esa respuesta patológica, que predicen la eficacia de la terapia neoadyuvante", subraya Emilio Alba, coordinador del Área de Oncología Intercentros del Hospital Universitario Regional y Virgen de la Victoria.

En el estudio, además de la participación de los hospitales del Grupo Geicam, la parte de secuenciación masiva contó con la Universidad de Cambridge, y el análisis bioinformático se realizó entre Cambridge y Geicam. El siguiente paso ahora es validar estos genes en una



Si se validan estos seis genes, se podrá identificar en qué pacientes es efectiva la quimioterapia.

población más amplia para determinar si están relacionados con una respuesta patológica completa. Si es así, explica Alba, se podrá identificar en qué pacientes es efectiva la quimioterapia como terapia neoadyuvante y en cuáles no.

Con todo, este estudio continúa con la serie de trabajos publicados en los últimos años sobre el tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama en donde se han investigado diferentes estrategias terapéuticas.

Las 48-72 horas tras el tratamiento son claves para controlar el dolor irruptivo oncológico

C.M.L.
Madrid

"No existe un acuerdo con respecto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos con dolor intenso. Necesitamos prestarle atención a este dolor que se manifiesta en un 30 por ciento y 40 por ciento de los pacientes en el momento del diagnóstico y entre un 70 por ciento y 80 por ciento cuando la enfermedad es avanzada", asegura José Luis González Larriba, jefe de Sección del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Con esta premisa, la Fundación ECO ha impulsado un estudio con la colaboración de Kyowa Kirin, presentado en el Congreso SEOM2019, para alcanzar un consenso en el abordaje y seguimiento del Dolor Irruptivo Oncológico (DIO). Tal y como señala González Larriba, el DIO

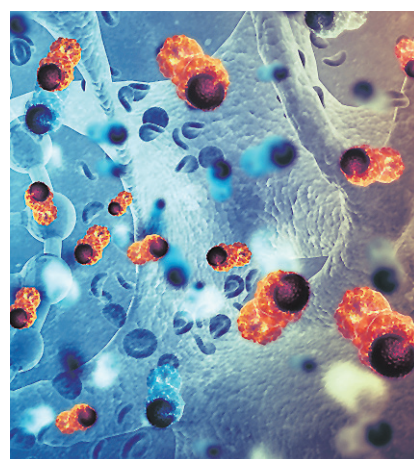


Imagen de recurso de células cancerosas.

empeora en gran medida el tratamiento de los pacientes oncológicos, demostrando que perjudica la calidad de vida y deteriora las relaciones interpersona-

les. "Este estudio recoge una serie de recomendaciones, a las que podemos adherirnos quienes nos dedicamos al seguimiento de pacientes con DIO, que nos ayudarán a reducir los episodios de dolor que sufre el paciente y mejorar así su bienestar durante el tratamiento del cáncer", aclara.

Entre las pautas consensuadas destaca la necesidad de realizar rápidamente una primera visita de seguimiento del tratamiento del DIO (transcurridas 48-72 horas desde el inicio del tratamiento) y, ya en este primer seguimiento, controlar el número de episodios de dolor que ha tenido el paciente, así como ajustar la dosis de opioides si es necesario.

De igual forma, los oncólogos ven necesario evaluar la progresión de la enfermedad y los tratamientos concomitantes que se hayan incorporado, ya que podrían afectar al control del DIO.



Estas son las conclusiones del Estudio Premiere.

El gen de fusión Tmprss2-ERG, clave en próstata avanzado

C.M.L.
Madrid

En el cáncer de próstata, al igual que en otros tumores, es esencial la identificación de biomarcadores que ayuden en la personalización de los tratamientos, ya que en la actualidad, aunque existen múltiples opciones, la eficacia es variable. En este sentido, el tratamiento antiandrogénico en primera línea en cáncer de próstata metastásico es eficaz. Esta es una de las conclusiones que se desprenden del estudio Premiere, presentado en la Sesión Plenaria de SEOM2019.

Este ensayo clínico de biomarcadores, promovido por el Grupo Español de Oncología Genitourinaria (SOGUG), ha evaluado el valor pronóstico de la presencia del gen de fusión Tmprss2-ERG previo al tratamiento con enzalutamida en el cáncer de próstata resistente a la castración metastásico no tratado con quimioterapia. Además, ha contribuido al descubrimiento de un nuevo biomarcador en sangre de estos pacientes: la presencia de un número elevado de copias del gen del receptor androgénico en ADN circulante.

Como explica Enrique González-Billalabeitia, oncólogo del Hospital Morales Meseguer de Murcia, este hallazgo permite así la identificación, mediante una técnica sencilla y accesible, de una población de mal pronóstico donde es preciso reforzar la investigación de nuevos tratamientos.

El trabajo confirma la eficacia de este tratamiento en primera línea sin observar diferencias en función de la presencia de este gen, una alteración que está presente en aproximadamente uno de cada tres cánceres de próstata avanzados.

En total, han participado 17 hospitales españoles y ha estado liderado también por investigadores del *Institute of Cancer Research*, del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y de la *Johns Hopkins University*.

SEHH y SETH 2019

Los estudios de terapia génica en hemofilia abren una vía a la curación

La selección de pacientes y la respuesta inmune son aún factores por resolver en su aplicación

SANDRA PULIDO
Madrid

Los ensayos clínicos en marcha con terapia génica en hemofilia A y B están llegando a fases finales. Sin embargo, lo que puede suponer un cambio de paradigma en el abordaje de esta enfermedad al permitir una expresión duradera del gen alterado, todavía tiene asuntos sin resolver relativos a la selección de pacientes, la respuesta inmune y la perspectiva ética.

En el marco del LXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y el XXXV de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH), Víctor Jiménez Yuste, jefe de servicio de Hematología del Hospital Universitario La Paz, trata este tema con GM.

“El objetivo es poder curar a los pacientes con hemofilia pero ahora mismo los estudios están en un punto que no sabemos si va a ser la fórmula final o vamos a tener que modificarla. Lo que sí esperamos es que el diseño de estos estudios abra caminos a una curación dentro de pocos años”, explica el hematólogo.

La terapia génica se ha aplicado exitosamente en diversas hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes o anemia drepanocítica y la beta talasemia.

En hemofilia, la selección de pacientes es aún un punto por resolver. “Fundamentalmente porque todavía persisten las reacciones inmunes. Los pacientes sufren un aumento de las transaminasas y algunos tienen que recibir corticosteroides para bajarlas y aumentar los niveles de factor de la coagulación”, describe Yuste. Por tanto, “al existir



Los ensayos clínicos en terapia génica en hemofilia están llegando a sus fases finales.

Investigación

Este nuevo tratamiento tiene que resolver la selección de pacientes, la respuesta inmune y la perspectiva ética

Terapia génica

Se ha aplicado en diversas hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes o anemia drepanocítica

tratamientos alternativos, los pacientes prefieren esperar a que llegue una segunda generación y continuar por el momento con la terapia estándar”, señala Jiménez Yuste.

Aspectos éticos

En el congreso se han analizado también los aspectos éticos de la terapia génica. La discusión sobre los intereses y derechos implicados en la manipulación genética se ha abordado desde un plano filosófico y jurídico, y se enfrenta a cuestiones conceptuales muy complejas,

“Los asuntos éticos radican en que hoy por hoy la hemofilia no se trata de una patología en la que la terapia génica sea su única solución. Aunque su objetivo sea la curación, los tratamientos actuales han evolucionado muchísimo y permiten llevar a los pacientes una vida casi normal aunque el tratamiento suponga una gran carga de trabajo”, destaca. Según el especialista, los pacientes con hemofilia han igualado su esperanza de vida al de la población normal y aunque los adultos tengan aún secuelas, los niños se han adaptado perfectamente al tratamiento y hacen una vida normal.

Los SMD camino del cáncer hematológico más frecuente

S.P.
Madrid

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) afectan a cuatro de cada 100.000 habitantes al año. Esta cifra aumenta con la edad, alcanzándose más de 50 afectados por cada 100.000 habitantes y año en mayores de 60 años. El Grupo Español de Síndromes Mielodisplásicos (Gesmd) ha recordado durante el congreso que la incidencia de estas enfermedades está aumentando. De

hecho, es probable que se convierta en el cáncer de la sangre más frecuente en los próximos años, dado el aumento de la esperanza de vida en nuestro país.

“Para un mejor abordaje, es clave estratificar los SMD, ya que son procesos muy heterogéneos, tanto biológicamente como por su comportamiento evolutivo”, explicó María Díez Campelo, presidenta del Gesmd. Por ello, en 2019, la sociedad ha revisado y actualizado sus guías de diagnóstico y tratamiento para los SMD.

Las nuevas herramientas revolucionan la trombosis

S.P.
Madrid

El XXXV de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) ha trasladado la “gran revolución” existente en el área de la trombosis y la hemostasia. En concreto, el mayor conocimiento del papel de la inflamación y del sistema inmune puede llegar a dar nuevas herramientas terapéuticas antitrombóticas. Por otro lado, en el área de la hemostasia, los grandes

avances vendrán de la genómica, especialmente en lo referente a trombopatías y diatésis hemorrágica, con énfasis en los nuevos tratamientos en hemofilia y la obtención de plaquetas funcionales ‘in vitro’. Esto supondrá un avance muy importante en transfusión. “La generación de plaquetas funcionales a gran escala, plaquetas totalmente seguras que permitan suplir su escasez, es una revolución tecnológica y un avance muy importante”, han destacado los expertos

Actualización en CAR-T: hacía la segunda línea y otros tumores

Los ensayos clínicos comprueban si la terapia celular sería más eficaz que el tratamiento estándar

SANDRA PULIDO
Madrid

La terapia CAR-T es considerado uno de los mayores avances terapéuticos de las últimas décadas. La actualización de los datos sobre su correcto manejo y lo que deviene en el futuro ha sido uno de los temas tratados durante el LXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y el XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH).

Actualmente los ensayos clínicos están comprobando si las CAR-T disponibles podrían ser aplicables en segunda línea, tal y como destaca a GACETA MÉDICA Armando López Guillermo, médico consultor sénior en el Servicio de Hematología del Hospital Clínic de Barcelona. “Por ejemplo, en el caso del linfoma difuso de células grandes B (Lbdcg), que es el linfoma más agresivo por antonomasia, curamos a dos terceras partes de los pacientes con el tratamiento de quimio-inmunoterapia de entrada”, señala el experto. El problema llega en el porcentaje de pacientes que no responden tras dos líneas de tratamiento. “Hasta la llegada de este CAR-T (Yescarta, Gilead y Kymriah, Roche) estos pacientes estaban desahuciados. Ahora se pueden llegar a curar hasta la mitad de los pacientes”, añade.

El próximo objetivo es poder aplicar antes la terapia CAR-T. “No en primera línea, esto sería una exageración”, puntualiza, pero sí en segunda. “Poder aplicarla en todos aquellos pacientes que no responden al tratamiento de forma precoz”, acentúa.



Armando López Guillermo, médico consultor sénior en el Servicio de Hematología del Hospital Clínic de Barcelona.

Las CAR-T puede llegar a curar a la mitad de los pacientes en LBDCG sin respuesta al tratamiento estándar

El especialista confirma que hay dos ensayos internacionales abiertos en España que pretenden comprobar si la terapia celular es mejor que la terapia actual de quimioterapia más trasplante de médula ósea. “Eso lo

podemos saber probablemente el año que viene”, destaca López Guillermo.

Extenderse a otros tumores

Las dos CAR-T que están comercializados están indicadas para neoplasias CD19 positivas. “En las indicaciones legales es donde a día de hoy se ha comprobado que la terapia CAR-T es eficaz. Pero con Yescarta estamos viendo en ensayos clínicos que se podría utilizar en otros tipos como el linfoma de células del manto (LCM) y el linfoma folicular porque también expresan CD19”, subraya. Asimismo, “con Kymriah sucede lo mismo porque la molécula clave es CD19 y se podría utilizar en leucemia linfocítica crónica (LLC) pero faltan datos de seguridad”, añade. En otros tipos de linfomas como el mieloma múltiple (MM) u otros tipos de tumores como el cáncer de pulmón se necesitan nuevos CAR-T frente a otras moléculas “porque el CAR-T se cepillaría al tumor pero también se cepillaría a las células normales, alcanzando grandes toxicidades en consecuencia”, explica. Se trata de un “juego sutil” para que sea eficaz contra el tumor pero no contra las células. “El desarrollo de CAR-T en muchos tumores está siendo exponencial en los ensayos clínicos”, asegura.

Formación internacional

La celebración del Congreso cuenta con gran participación internacional de expertos en terapia celular.

“Es la oportunidad de tener a profesionales de primerísimo nivel que han estado desarrollando el CAR-T en Estados Unidos y nos presentan las últimas novedades”, continúa López Guillermo quien afirma que es un gran ventaja poder “preguntarles de primera mano el manejo del tratamiento, la toxicidades y cómo hay que proceder”.

Hematología pide mayor inversión en I+D para equipararse al entorno europeo

SANDRA PULIDO
Madrid

La sostenibilidad del sistema sanitario español ha ocupado varias mesas durante la celebración del LXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y el XXXV de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH).

“Nuestra sociedad debe replantear las inversiones en I+D, ya que cuesta aceptar que los presupuestos de las agencias

españolas de ciencia estén muy por debajo de los de algunos equipos de fútbol, en contraste con lo que ocurre en otros países de nuestro entorno”, señalado Jesús San Miguel, profesor de Hematología y director de Medicina Clínica y Traslacional de la Universidad de Navarra, durante su intervención en el simposio ‘Medicamentos innovadores y sostenibilidad del sistema sanitario’.

Por ello, los especialistas han reclamado que todos los agentes sanitarios trabajen en equipo para lograr la sostenibilidad

y que el coste de las innovaciones se adecue a la situación económica de aquellos países que, como España, cuentan con un sistema sanitario público.

Ahorro

Según han destacado durante el simposio, en la última década, los ensayos clínicos desarrollados por el Programa Español de Tratamientos en Hematología (Pethema), a iniciativa de los investigadores y en colaboración con la indus-

tria, han permitido tratar a más de 3.000 pacientes en 90 centros hospitalarios. “Un análisis más detallado de esta inversión refleja un ahorro por paciente para el sistema sanitario de entre 60.000 euros y 400.000 euros”, ha explicado San Miguel. En el caso concreto del Grupo Español de Mieloma (Gem-Pethema), destacan las siguientes contribuciones relevantes: el desarrollo y aprobación del esquema VMP (velcade, melfalan, el incremento del efecto antitumoral-prednisona) en pacientes mayores y jóvenes por la combinación de inhibidores de proteasoma con inmunomoduladores, la estratificación del riesgo en pacientes con mieloma asintomático y la definición de la enfermedad mínima residual como un objetivo terapéutico.

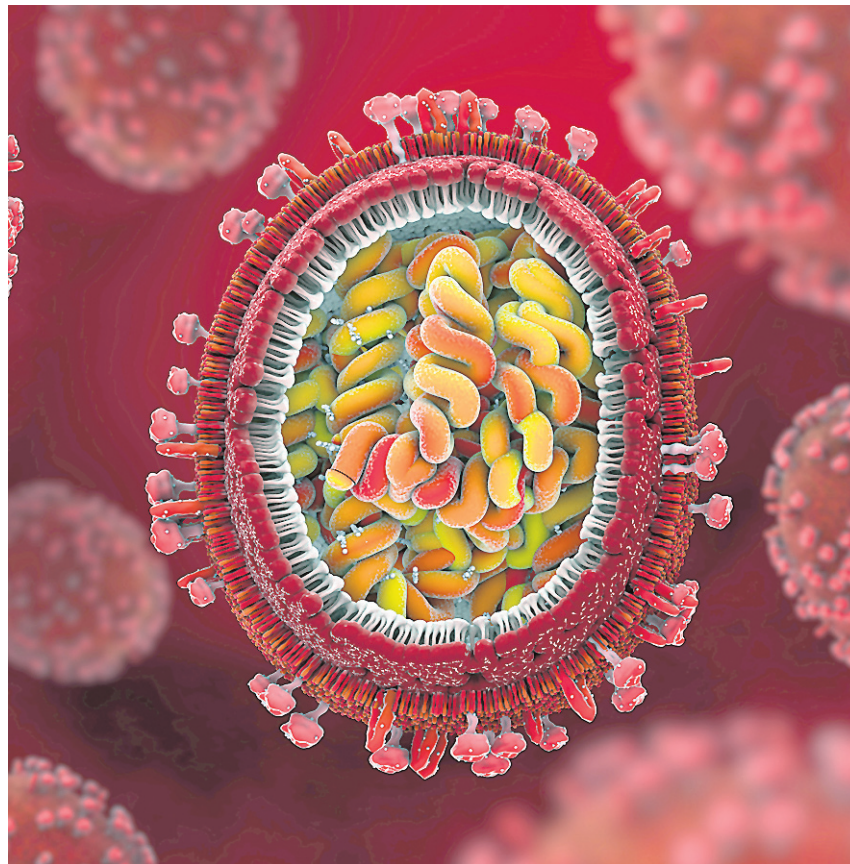
El uso de plasma convaleciente plantea nuevas estrategias frente a la gripe

Un nuevo estudio reafirma que los anticuerpos de pacientes curados podrían tener un efecto protector

SANDRA PULIDO
Madrid

Fue durante la pandemia de la gripe de 1918 cuando se empezó a sugerir que el uso de plasma de personas que habían superado la enfermedad -o la inmunoglobulina intravenosa hiperinmune contra la influenza (hIVIG)- podría tener un beneficio clínico en los pacientes que habían contraído la gripe. Sin embargo, no había resultados concluyentes.

Ahora un estudio mundial publicado en 'The Lancet Respiratory Medicine' plantea nuevas estrategias contra esta enfermedad. "Se trata de una inmunoterapia consistente en una gammaglobulina, que llamamos intravenosa hiperinmune, con altos títulos de anticuerpos contra el virus de la gripe que se han obtenido del plasma de pacientes que han superado la enfermedad", explica a GM Eduardo Fernández Cruz, jefe del Servicio de Inmunología del Hospital Gregorio Marañón, y uno de los coordinadores del estudio. Lo que se ha pretendido demostrar en este trabajo es si estos anticuerpos tenían un efecto protector frente a los virus A y B de la gripe en pacientes infectados y con complicaciones graves.



La gripe una enfermedad infecciosa causada por el influenzavirus A o el influenzavirus B.

Cualidad frente a cantidad

En el ensayo se comprobó que en los pacientes infectados con la influenza A no se obtenía una respuesta clínica. "El virus de la gripe A tiene una gran capacidad de mutación frente al B que es más

estable" continúa el especialista. De hecho, "cuando dimos la infusión de la gammaglobulina hiperinmune a los pacientes con infección por gripe B observamos un resultado clínico muy importante ya que los anticuerpos frente

este virus tenía un efecto protector y hacía que no progresara la enfermedad", detalla el especialista.

El estudio detectó un efecto beneficioso de la hIVIG en pacientes con gripe B, pero no A, aunque los lotes de hIVIG

contenían títulos de inhibición de la hemaglutinación considerablemente más altos para la gripe A que para la B. Se estimó que la afinidad de unión de los anticuerpos contra los virus de la influenza B era 10 veces mayor.

"Por tanto, lo que hemos sacado en claro es que de cara a afrontar próximas pandemias lo que tenemos que tratar es de obtener y diseñar anticuerpos específicos de alta afinidad para que sean mucho más eficaces para tratar la gripe", resume.

Aunque los estudios actuales proporcionan pruebas sólidas de que los productos sanguíneos que contienen títulos de anticuerpos considerados protectores no funcionan contra los virus de la influenza A, tal y como destaca el artículo de 'The Lancet' los efectos beneficiosos contra la gripe B muestran que la protección depende del contexto. Para los virus de la gripe, es más probable que la calidad y no la cantidad de anticuerpos impulse la eficacia.

Los investigadores consideran que los estudios realizados proporcionan el argumento más sólido hasta el momento para el desarrollo de nuevos correlatos de protección contra la gripe (incluidos nuevos ensayos para identificar y cuantificar anticuerpos verdaderamente protectores), para redefinir los títulos de anticuerpos protectores frente a los terapéuticos, y para aprovechar estas definiciones para desarrollar nuevas armas terapéuticas contra el virus de la gripe.

La mitad de las personas con TLP no acuden a los servicios sanitarios

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

La Fundación Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite (AMAI-TLP) de Personalidad ha presentado esta semana el primer estudio sociológico sobre esta patología.

A pesar de la complejidad de la tarea por la ausencia de datos oficiales sobre este trastorno, la asociación ha realizado una primera aproximación que permite dar visibilidad a esta enfermedad enormemente compleja que tiene un gran impacto en la vida de los pacientes y de su entorno inmediato.

El trastorno límite de personalidad (TLP) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales afecto y autoimagen con escaso control de impulsos, según la

definición de la American Psychiatric Association.

Es uno de los diez tipos de trastornos de personalidad. Tal y como recoge el estudio, cuenta con un diagnóstico complejo, heterogéneo y controvertido caracterizado por la inestabilidad afectiva, la peculiaridad de las relaciones interpersonales, los sentimientos de vacío y las tendencias suicidas.

Aunque en la actualidad no existe ningún fármaco autorizado específicamente para este trastorno, según los datos de este estudio hasta un 80 por ciento de los pacientes diagnosticados ha seguido tratamiento con fármacos antidepresivos en los últimos años.

Prevalencia

El trabajo, elaborado a partir de la recopilación de datos en fuentes secun-



Celso Arango (SEP), Mª Fe Bravo (H. La Paz), Teresa Oñate (AMAI-TPL) y Mercedes Navio (Comunidad de Madrid).

darias a través de la técnica del Desk Research, refleja que la prevalencia del TLP oscila entre el 1 y el 2 por ciento de la población general, y se sitúa aproximadamente en un uno por ciento en adultos y hasta el 3 por ciento en adolescentes. Además, un 75 por ciento de los afectados son mujeres.

Se estima que solo entre el 40 y el 60 por ciento de los afectados acude a los

servicios sanitarios, de manera que la mitad, "están desatendidos y no reciben atención médica", insisten.

El estudio también constata que el paciente afectado realiza un gran consumo sanitario, ya que representa el 10 por ciento de las consultas en centros de Salud Mental y entre el 15 y el 20 por ciento de los pacientes psiquiátricos ingresados.

Bebida refrescante funcional

MANTIENE TU PROPIA ENERGÍA*

Con magnesio,
manganeso y
vitaminas B3,
B5, B6 y C

SIN ✓
GLUTEN

BAJO ✓
EN CALORIAS

SI QUIERES SABER MÁS ENTRA EN
WWW.SOMOSDEAQUARIUS.ES



*El magnesio, manganeso y las vitaminas B3, B5, B6 y C contribuyen al metabolismo energético normal y, además, excepto el manganeso, ayudan a reducir el cansancio y la fatiga

Es recomendable mantener una alimentación variada, moderada y equilibrada, así como un estilo de vida activo y saludable.

Aquarius® y Raygo® son marcas registradas de The Coca-Cola Company

SEAIC 2019

Las terapias dirigidas, los PDE-4 y los JAK-STAT revolucionan la dermatitis

La fisiopatología de la dermatitis atópica abre la puerta a terapias con nuevos agentes tópicos y sistémicos

C.M.LÓPEZ
Madrid

El conocimiento, cada vez mayor, de la fisiopatología de la dermatitis atópica está propiciando que la investigación en nuevos agentes tópicos y sistémicos aumente. Las líneas de investigación se desdoblaron en dos tipos: por un lado, las terapias dirigidas a una diana molecular concreta, caso de varios agentes biológicos parenterales que esperan incorporarse pronto al arsenal terapéutico; por otro lado, se han desarrollado una serie creciente de pequeñas moléculas de efecto antiinflamatorio más general y menos específico, como los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 (PDE-4) o los inhibidores del sistema de transcripción JAK-STAT. “En los ensayos clínicos han demostrado eficacia en las dermatitis graves del adulto, bien en cremas o ungüentos, o bien en comprimidos, y con perfiles de seguridad muy aceptables”, apunta Ignacio Jáuregui, del Servicio de Alergia del Hospital Universitario de Cruces.

El abordaje individualizado de estos pacientes es necesario debido al repertorio diverso de subgrupos de pacientes —endofenotipos—. “Hasta ahora hemos empleado estrategias y agentes tópicos y sistémicos que en muchos casos no afectaban a la vía patogénica precisa, y que en otros casos se asociaban con toxicidad importante sobre otros



Moisés Labrador (Comité Científico); Nancy Ortega (Comité Organizador); Antonio Valero (presidente de la Seaic); Milagros Lázaro (Comité Científico) y Javier Figueroa (Comité Organizador).

Las terapias dirigidas permitirán un tratamiento más a medida a cada tipo de enfermo

La individualización del abordaje de estas patologías es necesaria debido a los subgrupos de pacientes

órganos. Las nuevas terapias dirigidas a moléculas clave de las distintas vías inflamatorias permitirán un tratamiento más a medida de cada tipo de enfermo, y por lo que sabemos hasta ahora, con perfiles de seguridad mucho mejores que los inmunosupresores al uso”, revela el alergólogo.

El origen de la urticaria

Por otra parte, las causas subyacentes de la activación de la urticaria crónica son

a día de hoy desconocidas. “En la mitad de las urticarias crónicas espontáneas puede demostrarse un mecanismo autoinmunitario”, es decir, distintas moléculas del propio organismo, conocidas como autoantígenos, activan las células de la piel y liberan la histamina y otras sustancias clave en la producción de urticaria. En el Congreso se han debatido así los últimos avances en esta patología y las nuevas posibilidades terapéuticas con agentes biológicos.

Los probióticos y los prebióticos se abren paso en los trastornos del sistema inmune

C.M.L.
Madrid

La incidencia de las enfermedades alérgicas ha aumentado en los últimos años en los países desarrollados, aunque también está presente en países en vías de desarrollo.

Para Moisés Labrador, presidente del Comité de Inmunología de la Seaic, es necesario centrar los esfuerzos en la prevención. “Hay estudios que indican que en pacientes con una determinada predisposición genética al desarrollo de alergia y asma está influido en parte por el medioambiente y, especialmente, por la exposición microbiana durante la infancia, por lo que podría trabajarse en la modulación del microbioma para la prevención de estas enfermedades en sujetos de riesgo”.

El experto recuerda que las personas están colonizadas por millones de bacte-



Moisés Labrador en un momento de su intervención durante el simposio.

rias y, cada vez más, “nuestro microbioma personal va ganando importancia en el desarrollo de las patologías que afectan al ser humano, como la alergia”.

En este sentido, aunque los probióticos se han utilizado para el tratamiento de un gran número de patologías pediátricas y del adulto —principalmente

problemas gastrointestinales— también se ha valorado su efecto en alteraciones inmunológicas como la dermatitis atópica y en la prevención del tratamiento de la alergia alimentaria.

“La aplicación general de probiótico para influir positivamente en el desarrollo del microbioma temprano y, por lo tanto, para prevenir la aparición de enfermedades alérgicas, ya se ha investigado en una serie de estudios de intervención en humanos”, indica. Sin embargo, la evidencia de compuestos bacterianos específicos que presentan características inmunomoduladoras es todavía limitada, a juicio del experto. “Algunos prebióticos y probióticos pueden jugar un papel importante en las enfermedades en las que se altere el equilibrio de la microbiota intestinal, como los trastornos del sistema inmunitario”.

Con todo, para Moisés Labrador, en los últimos diez años ha cambiado el enfoque a estudiar del sistema inmunitario. “Se está observando que tanto la inmunidad adaptativa como la inmunidad innata juegan un papel decisivo en el desarrollo de enfermedades alérgicas”, apunta.

Más allá de su prevención, los esteroides son eficaces en dermatitis de contacto

La aparición de nuevas profesiones está incrementando los casos de dermatitis de contacto

C.M.L.
Madrid

Las enfermedades ocupacionales de la piel se encuentran entre las cinco primeras patologías laborales de muchos países, siendo la dermatitis de contacto una de las más frecuentes.

Esta enfermedad está en constante evolución debido a las nuevas fuentes de contacto como alérgenos conocidos que se utilizan en nuevos productos. Esto, explica el José Luis García-Abujeta, miembro del Comité de Alergia Cutánea de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (Seaic), conlleva un esfuerzo constante para detectarlo y realizar un diagnóstico correcto. “En este sentido, la necesidad de la prevención está plenamente justificada, especialmente en el mundo laboral”, indica Milagros Lázaro, presidenta del Comité de Alergia Cutánea de la Seaic.

La detección de la dermatitis de contacto es a través de un estudio con pruebas epicutáneas, conocidas como “pruebas de parches”. Este diagnóstico consiste en la colocación de unos parches en la espalda con los diferentes alérgenos que pretende estudiar, así como grupos o sustancias de bacterias y que el especialista selecciona según cada caso para comprobar en los siguientes días la respuesta de la piel.



La detección de este tipo de dermatitis se hace a través de pruebas epicutáneas.

La detección de esta enfermedad se hace a través de un estudio con pruebas epicutáneas

Los expertos advierten de que este tipo de alergia está totalmente subestimada e infravalorada

Estas pruebas, apuntan los expertos, evolucionan de forma periódica. “En la última batería europea destacan la inclusión de un marcador para detectar alergia a metacrilatos que se relaciona con el uso de uñas artificiales, prótesis dentales y metálicas articulares y algunos dispositivos médicos. Además se ha añadido el propóleo”, incide García-Abujeta.

El tratamiento frente a esta dermatitis es a través de cremas o ungüentos corticosteroides, así como terapias emolientes básicas, fototerapia, y a veces medicamentos orales (antihistamínicos, corticoides orales). Sin embargo, como asegura el experto “la comezón asociada con la dermatitis aguda de contacto es a menudo severa y por lo general se trata mejor con esteroides que con antihistamínicos, que no tienen ningún efecto documentado sobre la dermatitis”. Actualmente, para este tipo de alergias no existe vacuna por ello aconsejan su prevención.

Con todo, “a pesar de ser tan frecuente, este tipo de alergia está totalmente subestimada e infravalorada”, asegura García-Abujeta.

Entre el 80 por ciento y el 90 por ciento de los casos de este tipo de alergia se manifiesta a través de las manos y en segundo lugar las muñecas, seguidos de brazos.

¿Sabías cómo afecta el buen clima a las enfermedades inmunológicas?

C.M.L.
Madrid

La rinitis afecta a más de 800.000 canarios (40 por ciento de los alérgicos) y el asma a 300.000, es decir, el 18 por ciento en las islas frente al 6 por ciento que se observa en el resto del país.

Estos datos fueron presentados en el Simposio Internacional Avances y Perspectivas en Alergia Cutánea e Inmunología de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (Seiac).

Y es que, vivir en un paraíso, tiene un precio, a juicio de Nancy Ortega, alergóloga del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. La temperatura media estable de 25 grados y la humedad elevada constituye un medio perfecto para el desarrollo de los ácaros del polvo.

Según los datos del último estudio epidemiológico de la Seaic, ‘Alergológica 2015’, el 94,7 por ciento de los pacientes canarios con rinoconjuntivitis estaban sensibilizados a ácaros del polvo, y un 25,5 por ciento a epitelios de animales.

Con respecto a la sensibilización a pólenes solo se ha dado en el 16 por ciento de los pacientes, cifra considerablemente inferior a la del resto de comunidades autónomas. “Pólenes como el del olivo o la Artemisia canariensis tienen cierta relevancia en determinadas localidades de Gran Canaria. Éstos y otros como la Parietaria o la Salsola también aparecen en otras islas”, apunta Javier Figueroa, jefe de la Sección de Alergología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y también coordinador del encuentro científico.



La calima, fenómeno habitual en el archipiélago, también afecta.

Por otra parte, otra de las características del archipiélago es la calima, que actúa como un importante factor desencadenante y agravante de la patología respiratoria de los canarios. Como explica Ortega, a la mezcla de arena y polvo de sílice del norte de África se unen esporas de hongos y pólenes y múltiples partículas contaminantes de industrias de esta zona que, dependiendo de su

tamaño, pueden llegar a penetrar en las vías aéreas y llegar al pulmón.

Con mayor o menor intensidad, recuerda Figueroa, “su presencia impide una respiración normal, provoca irritaciones en la garganta y supone un riesgo de exacerbación para los ciudadanos que sufren alergia. De hecho, hasta en los días previos a su llegada aumentan las visitas a urgencias en nuestros hospitales”.

La secuenciación de la metástasis abre la puerta al 'reciclaje' de la innovación

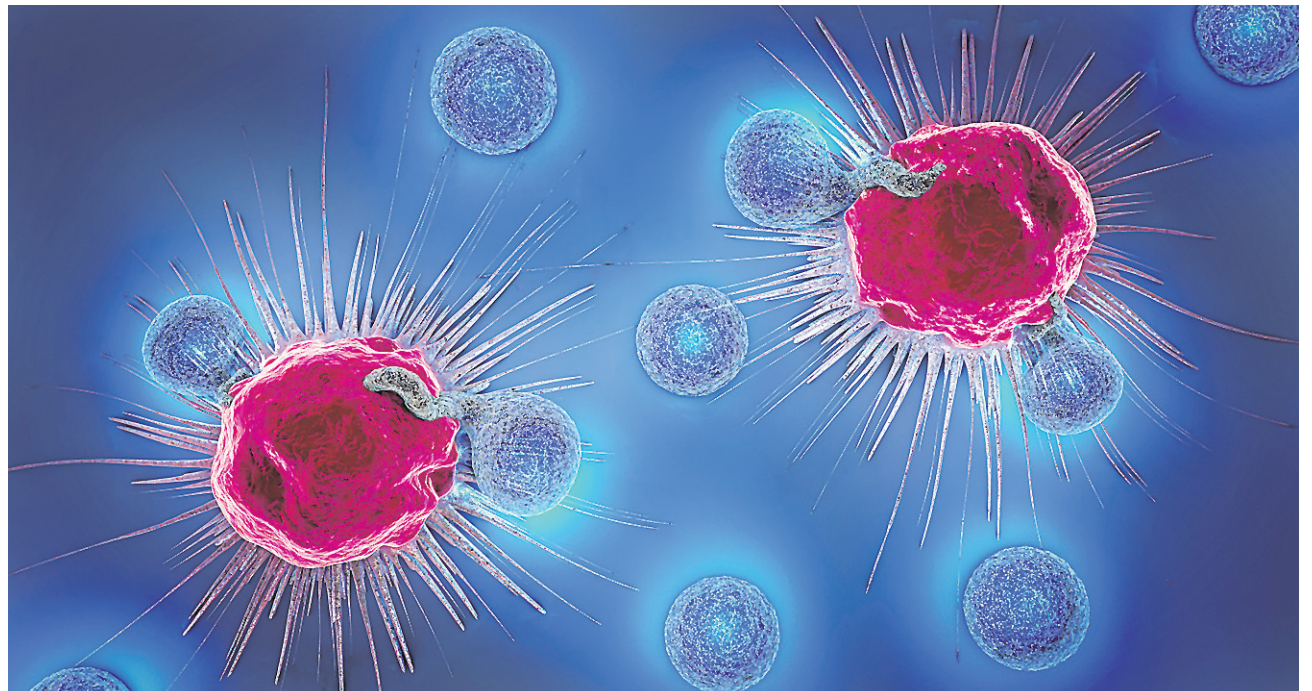
Por primera vez, un estudio analiza el genoma completo de los tumores metastásicos

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Una mejor comprensión de las características del cáncer en etapas avanzadas es necesaria para ayudar a adaptar los tratamientos personalizados, reducir el sobretreatmento y mejorar los resultados. Por primera vez, un estudio ha analizado el genoma de los tumores metastásicos de 2.399 pacientes, de los que también ha secuenciado el genoma completo de sus tumores primarios y de células sanas tomadas de su sangre.

En este trabajo *'Pan-cancer whole-genome analyses of metastatic solid tumours'*, publicado en la revista Nature, los investigadores han analizado más de 70 millones de mutaciones.

“Aunque los genomas tumorales metastásicos mostraron un escenario mutacional similar y genes impulsores a los tumores primarios, encontramos características que podrían contribuir a la respuesta a la terapia o resistencia en pacientes individuales”, apuntan. De esta manera, los investigadores implementaron un enfoque para la revisión de asociaciones clínicamente relevantes y su potencial para la acción. “Para el 62 por ciento de los pacientes, identificamos variantes genéticas que pueden usarse para estratificar a los pacientes hacia terapias que hayan sido aprobadas o estén en ensayos clínicos. Esto demuestra la importancia del perfil completo del tumor genómico para la medicina de precisión en el cáncer”, apuntan en el estudio.



En este trabajo, publicado en la revista Nature, los investigadores han analizado más de 70 millones de mutaciones.

Hasta ahora, los esfuerzos de análisis de secuenciación de genoma completo a gran escala habían aumentado el conocimiento sobre la diversidad de los procesos moleculares que impulsan diferentes tipos de cáncer en adultos e infantil. Sin embargo, la mayoría de los análisis se centraban en el ADN del tumor primario, mientras que los cánceres metastásicos, —que causan la mayor parte de la carga de la enfermedad y el 90 por ciento de todas las muertes por

cáncer—, se han estudiado de manera menos exhaustiva a nivel de todo el genoma.

Con todo, este trabajo muestra que la metástasis es menos diversa desde el punto de vista genético que los tumores primarios. La complejidad de encontrar puntos débiles del cáncer a nivel genético es evidente, ya que aunque se identifiquen miles de mutaciones en un paciente, solo unas decenas conducen hacia el cáncer.

El siguiente objetivo ahora es conocer cuáles son los condicionantes para que aparezca la metástasis. Algo que, como indica Edwin Cuppen, investigador del Hospital Universitario de Utrecht, “no vemos un principio general”.

Como asegura este experto, la secuenciación completa de la metástasis “puede mostrar una forma de reutilizar fármacos aprobados para otros usos y que es especialmente útil en los casos de tumores poco frecuentes”.

Spravato para TDR recibe una opinión positiva por parte del CHMP

GM
Madrid

El Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea del Medicamento ha emitido una opinión positiva sobre Spravato (desarrollado por Janssen) indicado para adultos con un trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (TDR). Se considera que los pacientes tienen un TDR si no han respondido al menos a dos tratamientos antidepresivos diferentes en el episodio depresivo actual, de moderado a severo.

La opinión positiva se basa en los resultados de cinco ensayos clínicos en fase III con pacientes con TDR, en los que se ha demostrado que el tratamiento con esketamina en spray nasal más un tratamiento antidepresivo oral de nuevo inicio, en comparación con un trata-

miento antidepresivo de nuevo inicio más placebo en spray nasal como estándar de tratamiento, se asoció, desde el día 2, con una reducción en los síntomas depresivos.

En el periodo de un mes, aproximadamente el 70 por ciento de todos los pacientes tratados con esketamina redujeron sus síntomas a la mitad. Además, alrededor del 50 por ciento de los pacientes lograron acabar el tratamiento sin mostrar síntomas de depresión, reduciendo también la combinación de esketamina más el antidepresivo oral el riesgo de recaída en un 51 por ciento en pacientes con una remisión estable, y en un 70 por ciento entre los pacientes que lograron una respuesta estable, en comparación con la administración única de antidepresivos orales.

El perfil de seguridad de Spravato



Spravato es una esketamina en spray nasal y podría convertirse en el primer mecanismo de acción en 30 años.

también ha mostrado un perfil de riesgo/beneficio favorable.

Según Allitia DiBernardo, responsable Europea para los Trastornos del Estado de Ánimo de Janssen, el objetivo es “poder facilitar una nueva opción terapéutica a las personas que más lo necesitan”. Además, Husseini K. Manji,

responsable global de Neurociencias de Janssen Research & Development, esgrime que “durante décadas, no ha habido nuevas opciones terapéuticas para estos pacientes; esta opción en spray nasal representa una nueva forma de controlar el TDR con una forma de administración única y novedosa”.

ESTHER GÓMEZ DOMÍNGUEZ | Paciente con enfermedad de Crohn

“Estar bien nutrida, comer variado y sano, hace que la enfermedad esté latente”

M.P.
Madrid

La enfermedad de Crohn es una patología crónica cuya incidencia se ha visto incrementada en los últimos años. Según los especialistas, en nuestro país se estima una incidencia global de 1,7 casos por 100.000 habitantes menores de 18 años. El abordaje nutricional de esta patología resulta básico para conseguir que el paciente pueda llevar una vida lo más normal posible. GACETA MÉDICA y NESTLÉ HEALTH SCIENCE han conversado sobre su experiencia con una joven, Esther Gómez Domínguez, diagnosticada con esta patología, que explica cómo es su día a día y la importancia de seguir unos hábitos concretos en su alimentación.

Pregunta. ¿Desde hace cuánto tiempo convives con la enfermedad de Crohn? ¿Cómo recibiste el diagnóstico?

Respuesta. Convivo con la enfermedad desde hace ocho años. El diagnóstico en sí lo recuerdo levemente. Yo era pequeña, solo tenía 12 años, y comprendía poco qué era eso de tener que vivir para siempre con una enfermedad, pensaba que algún día me curaría. Aunque, por otro lado, sabía un poco de qué trataba porque tenía un familiar que también la padecía y veía que llevaba una vida normal. A mis padres les impactó más, también porque eran más conscientes de lo que estaba sucediendo.

P. ¿Cómo afecta a tu día a día?

R. Realmente me afecta poco, aunque sí es cierto que a veces no puedo ir a clase o quedar con mis amigas porque me encuentro más cansada de lo habitual o tengo malestar que me impide salir de casa cómodamente.

P. ¿Cuáles son las limitaciones principales de la enfermedad?

R. Las limitaciones dependen mucho de los brotes que tengas y los síntomas que manifiestes. En general, tenemos limitaciones a la hora de comer, porque hay muchos alimentos que no nos sientan bien; a la hora de salir con nuestras amistades hay días que no podemos porque necesitamos estar en casa por cansancio o por necesidad de ir al baño y no saber cuánto tiempo vamos a tardar o cuántas veces vamos a ir. Los tratamientos también son una pequeña limitación, porque dependiendo del que sea tienes que ir exclusivamente al hospital a que te lo pongan o tienes que estar pendiente de tomarte la medicación a la hora que es.

P. ¿Cómo influye tu alimentación en la evolución de la patología? ¿Y tu enfermedad en tu estado nutricional?

R. La alimentación es fundamental. Estar bien nutrida, comer variado y sobre todo saludable, hace que la enfer-



LAS FRASES

“ Al comienzo de la enfermedad la suplementación me ayudó a recuperar el peso perdido ”

“ Apoyar a otras familias que están empezando y que sepan que se supera es muy gratificante ”

medad esté latente; prácticamente no está. Si además, controlamos aquellos alimentos que hacen sentirme peor o mal, pues evitamos que pueda aparecer un brote o empeorar mi estado de salud de ese momento. Al principio, la enfermedad me afectó a mi estado nutricional, porque estuve numerosos días sin comer por todas las pruebas que tenían que hacerme, y por tanto tenía muchos

déficits en cuanto a nutrientes, y me quedé muy delgada porque perdí mucho peso. Actualmente, la enfermedad apenas me afecta en este aspecto, ya que puedo comer casi de todo y, por tanto, recibir todos los nutrientes que mi cuerpo necesita.

P. ¿Has tenido que recibir algún tipo de suplementación pautaada por el especialista?

R. Actualmente no recibo ningún tipo de suplementación, pero al comienzo de la enfermedad, sin duda alguna fue lo que me ayudó a recuperar el peso que había perdido, así como a controlar la enfermedad que estaba al inicio más descontrolada. Gracias a ello ahora estoy bien.

P. ¿Cómo repercute esto en tu día a día?

R. Cuando yo tomé la suplementación tenía 12 años y me afectó negativamente. Yo no entendía por qué tenía que tomar exclusivamente eso, sin poder tomar ningún alimento más. Sin embargo, toda mi familia comía de todo, aunque siempre intentaban que yo no estuviera delante, pero era complicado. Si a todo esto le sumamos que era verano y estaba de vacaciones, ya podéis imaginar el genio que yo tenía por no poder comerme un helado o unas golosinas, y mis amigas en cambio sí que lo hacían. Fue un poco frustrante.

P. ¿En qué consiste el aula de la naturaleza? ¿Qué supone esta iniciativa para vosotros?

R. La Aula de la naturaleza es un fin de semana donde, con otras familias, convivimos con especialistas de varias áreas que afectan o pueden afectar la enfermedad. Conocemos a otros niños y otras familias que también tienen esta enfermedad, para apoyarnos y darnos consejo, además de hacer numerosas actividades donde demostramos que las limitaciones no existen, que solo están en nuestras cabezas. Esta iniciativa supone tener un mayor conocimiento sobre la enfermedad, hablar de un modo más cercano con médicos, enfermeras, psicólogas, ginecólogas, deportistas... y poder dar respuesta a cualquier duda que vaya surgiendo a lo largo del fin de semana.

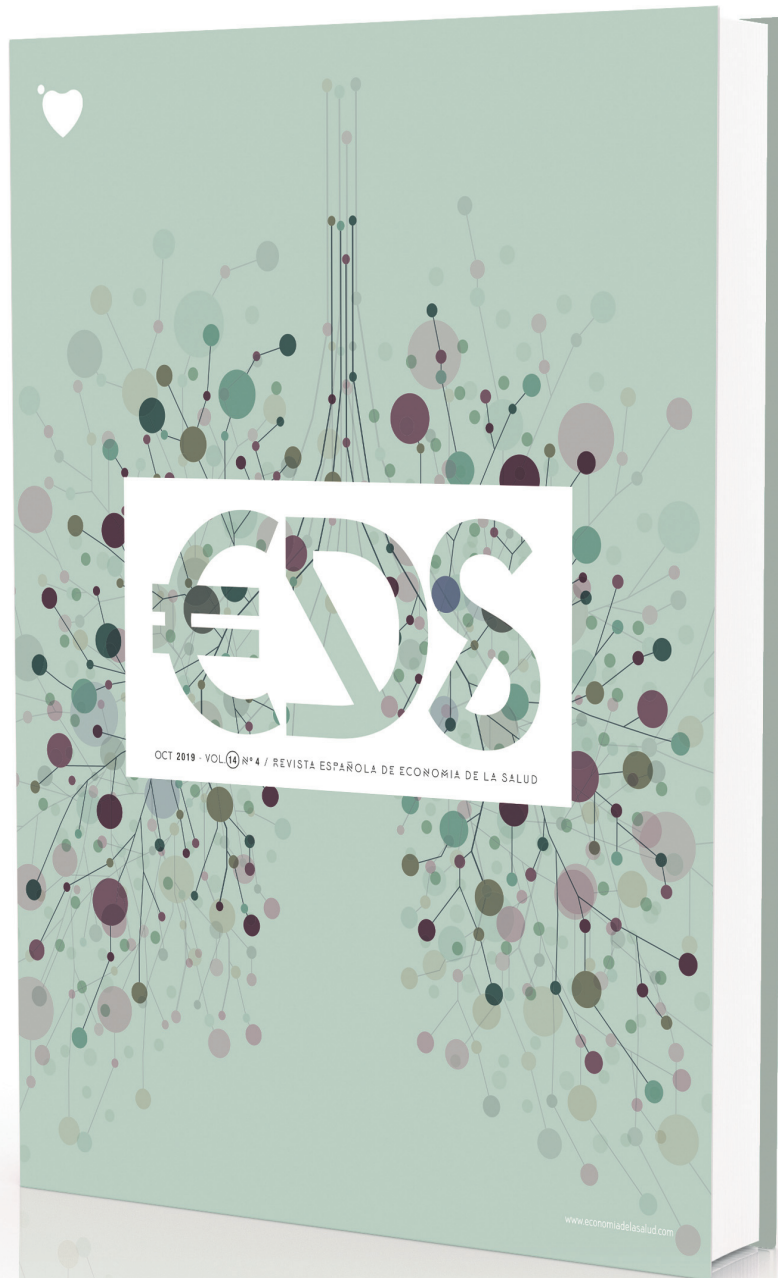
Ayudar a otras familias que están empezando con esto, poder apoyarles y demostrarles que se supera, que se consigue una estabilidad de la enfermedad, y que puedes hacer y conseguir todo lo que te propongas, es muy gratificante.

P. ¿En cuántas ediciones habéis participado?

R. ¡Nosotros somos veteranos ya! Menos en la primera, porque me coincidía con unos exámenes importantes, hemos participado en todas las ediciones. Contar mi experiencia para que vean que podemos continuar haciendo de todo, estudiar una carrera, tocar un instrumento, o lo que nos apetezca sin pensar en que tenemos una enfermedad es lo que me hace sentir feliz y satisfecha.

Me siento muy orgullosa de que cuenten conmigo todos los años y quieran que participe en las actividades que realizamos. Me hacen sentir como una profesional.

REVISTA ESPAÑOLA DE ECONOMÍA DE LA SALUD



VOL. **14** Nº 4
OCT 2019

- La compra pública de innovación gana protagonismo en la 'nueva' Sanidad
- Cómo hacer realidad el pago por resultados en Oncología
- Entrevista a Jesús Fernández, Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha
- Intelligence Unit Report: Necesidades para un nuevo Plan de Cáncer en España
- Expert Review: Análisis del tratamiento de la EPOC: beneficios de la triple terapia y La revolución tecnológica en Salud debe incluir a los e-chornics
- Artículos originales:
 - Estudio de costes: infiltración con concentrados de plasma autólogo rico en plaquetas en gonartrosis grado I/II en Atención Primaria
 - Coste de los efectos adversos asociados a enzalutamida o apalutamida en cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico
 - Mejora de la atención al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal: Proyecto KOAN

Ya disponible en economiadelasalud.com
En papel a suscriptores cualificados*

*Socios de ISPOR, AES, parlamentarios de comisiones de sanidad, altos cargos sanitarios, gerentes de hospital y sociedades científicas.

Con el patrocinio de:



Farmacia HOSPITALARIA



“Es importante que la sociedad vea un ‘core’ farmacéutico, una profesión muy unida”

● Olga Delgado, presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria **P28**

P30 Sanidad asegura que en el diseño de Valtermed participaron los profesionales

El Ministerio de Sanidad presentó en sociedad su sistema de información compartida dentro del Sistema Nacional de Salud que permite medir los resultados en vida real de los medicamentos. El bautizado Valtermed se pondrá en marcha el próximo cuatro de noviembre.



P30 Los medicamentos para la fibrosis quística aprobados pasarán el examen en vida real

El SNS sigue ampliando su Carteras de Servicios. Tras la aprobación de las dos terapias celulares de hace diez días (el NC1 y darvadstrocel, ahora le ha llegado el turno a los dos medicamentos para el tratamiento de la fibrosis quística, Orkambi y Symkevi, disponibles ya el 1 de noviembre.



64 Congreso Nacional SEFH

OLGA DELGADO | Presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

“La prioridad absoluta es definir la nueva especialidad y todo lo que conlleva”

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

La nueva presidenta de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Olga Delgado, repasa las prioridades de la nueva junta directiva.

Pregunta. Ahora la SEFH está en vuestras manos... ¿Está satisfecha con el resultado electoral?

Respuesta. Estoy muy satisfecha de que hayan apoyado nuestra candidatura y la opción que representamos. Recibimos bastante apoyo, con lo cual tenemos respaldo para trabajar sabiendo que los socios han depositado su confianza en nosotros mayoritariamente.

P. Es la segunda mujer que preside la sociedad científica...

R. He sido la segunda en todo, en presentarme a las elecciones y en ganarlas. Hace 32 años se convocaron elecciones y fue una mujer la que salió elegida. Fue Manuela Velázquez, que curiosamente estaba en el auditorio cuando se nombró la candidatura y me dijo que había venido expresamente para ver si otra mujer ganaba las elecciones. Ella fue la primera presidenta, hemos estado 32 años sin elecciones y sin candidatas, y después de este tiempo ha vuelto a suceder un poco lo mismo.

P. ¿Cuál es su prioridad absoluta al frente de la sociedad científica, lo más inmediato?

R. En lo que más estamos trabajando ya es en la nueva especialidad. Hay que desarrollarla, hay que diseñarla y hay que establecer cómo va a ser. La prioridad absoluta es definirla y todo lo que ello conlleva, el programa formativo, etc. Todo lo que es el desarrollo profesional va a estar muy marcado por la nueva especialidad.

P. Vamos a repasar las claves de su campaña... ¿Qué alianzas es preciso impulsar?

R. Consideramos prioritarias las alianzas con las asociaciones de pacientes para que nos vean como aliados en la salud y que los propios pacientes conozcan bien esta sociedad científica. Después, también queremos establecer una alianza muy continua y un diálogo muy continuo con el Ministerio de Sanidad, con la administración sanitaria en general y con la Agencia. Que nos vean un aliado en la sostenibilidad del sistema. Hay muchas otras por hacer, pero nuestra intención es que éstas estén en la agenda cada día.

P. ¿Cómo gestiona la evidencia un farmacéutico hospitalario?



LAS FRASES

“Hace 32 años se convocaron elecciones y salió elegida una mujer. Soy la segunda en todo”

“Investigar es la única forma de crecer. Es una obligación como profesionales científicos”

R. Quizá sea la vía de conocimiento más importante que queremos mantener. Es un área que ha estado muy implícita, pero queremos que toda la orientación clínica del farmacéutico no

“Es muy importante que la sociedad vea un ‘core’ farmacéutico, una profesión muy unida”

“Queremos potenciar la comunicación directa con los socios, dar transparencia a todo lo que hagamos”

pierda esa capacidad crítica y esa función de evaluar y poner la evidencia en todo lo que hacemos. Es un área de competencia imprescindible y el farmacéutico tiene que aportar toda la

evidencia disponible sobre las decisiones que se toman y eso es formación, exclusivamente formación. Nos parece muy importante, no tenemos que abandonarlo en ningún momento. Es el mayor valor que podemos aportar, nuestro conocimiento y la evidencia que soporta cada evaluación que hagamos.

P. ¿Qué se hará desde la SEFH para potenciar la investigación?

R. Investigar es la única forma de crecer. Es una obligación como profesionales científicos, pero desde el punto de vista más asistencial va a ser lo único que nos permitirá crecer en un futuro en la medida que necesitamos. Nuestro compromiso es incorporar actividades científicas y de investigación para generar evidencia, no solo para conocerla, y, en segundo lugar, como vía de crecimiento profesional.

P. ¿Es posible optimizar el trabajo que lleva a cabo esta sociedad científica?

R. Es necesario optimizarlo. Se hacen todavía muchas actividades mecánicas, rutinarias y repetitivas. Como aliadas podemos tener las nuevas tecnologías para evitar todo esto. Otra vía es contar con profesional técnico formado de manera que podamos darles competencias, que podamos delegar en ellos y ejercer una función más clínica.

P. ¿Por qué hacen hincapié en la unión?

R. Lo planteamos en la campaña porque nos parece que la especialidad de farmacia hospitalaria se ha despegado mucho, ha ido muy paralela al desarrollo de las especialidades médicas hospitalarias y ha seguido este camino. Es bueno, porque nos ha llevado a estar donde estamos, pero también es importante que la sociedad vea un *core* farmacéutico, una profesión unida, independientemente de donde ejerzamos la función profesional. Tenemos que trabajar esta línea de cara a la sociedad porque nos beneficiamos todos.

P. Código ético, compromiso por el espíritu crítico y transparencia. ¿van a ser conceptos transversales a las actuaciones de la nueva junta?

R. En la campaña decidimos transparentar los gastos y las fuentes de financiación, prescindir de fuentes de financiación externas. Durante toda la legislatura queremos potenciar la comunicación directa con los socios, vamos a intentar que todo lo que hagamos sea muy transparente. También queremos desarrollar el código ético como sociedad científica.

Calleja hace balance de una gestión marcada por la apuesta formativa

Aguirre remarcó que la apuesta por la humanización se traduce en la mejora de resultados en salud

E.M.C.
Madrid

Los socios de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) han elegido la candidatura encabezada por Olga Delgado, con su proyecto “Está en nuestras manos”, para liderar esta nueva etapa. Con una participación del 45,99 por ciento del total del censo, 1.560, la propuesta de Delgado, con el apoyo de Jordi Nicolás Picó como vicepresidente, José Antonio Marcos Rodríguez como tesorero y Cecilia Martínez como secretaria, obtuvo el apoyo del 66 por ciento de los votantes.

En la inauguración del evento, el todavía presidente, Miguel Ángel Calleja, aprovechó para hacer balance de su mandato. En este sentido, destacó el “importantísimo esfuerzo realizado a la hora de invertir en formación e innovación, alcanzando el millón de euros en el último año incluyendo becas, jornadas y ayudas a nuestros socios y los Grupos de Trabajo, lo que nos ha llevado a liderar, por ejemplo, a nivel europeo el número de Farmacéuticos certificados con el BPS (Board Pharmacy Specialties)”.

Humanización

Por su parte, el consejero de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, Jesús Aguirre, también presente en el congreso, remarcó “la importante labor



Miguel Ángel Calleja ha hecho balance de su gestión al frente de esta sociedad científica en la sesión inaugural del último congreso celebrado recientemente en Sevilla.

que realizan los farmacéuticos de hospitales”. Asimismo, felicitó a los organizadores por “poner la humanización de la asistencia que prestan los servicios de farmacia hospitalaria como eje del Congreso”, afirmando que así se logrará “la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de nuestros pacientes”.

En la misma línea, Ramón Morillo, presidente del Comité Organizador,

recordó que uno de los objetivos principales de este encuentro ha sido lograr que “el concepto de humanización se expanda para que a medio y largo plazo se generen iniciativas que rediseñen los procesos y que los servicios de farmacia se reorienten en este sentido”. De ahí su intención de proporcionar una visión 360 grados de la humanización que incorpore la perspectiva de otros profe-

sionales al margen de la farmacia hospitalaria de cuya experiencia puedan aprender todos. El portavoz subrayó que “la farmacia hospitalaria necesita humanización y la humanización asistencial necesita de la farmacia hospitalaria”. Además este último congreso ha propuesto novedosos formatos, entre ellos la campaña #somosSEFH, una iniciativa que ha llegado a hacerse viral.

La SEFH entrega los premios a la trayectoria y los mejores trabajos del congreso

GM
Madrid

La Asamblea General Ordinaria de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, celebrada en Sevilla en el contexto del 64 Congreso Nacional de la sociedad científica, concluyó con la entrega de los galardones honoríficos de la Sociedad en su edición 2019.

Los premiados en esta edición han sido la jefa de Servicio del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Antonia Mangues, con la Medalla Joaquín Bonal; la directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, María Jesús Lamas, con el reconocimiento Méritos SEFH; y Sergio Marín, del Hospital de Mataró, que recogió su premio Roberto Marín al mejor residente.

Además, también se hizo entrega de los premios y becas a las mejores iniciativas del 64 congreso, la revista FH y los Servicios de Farmacia. Los galardones han sido patrocinados por Janssen, Merck-Pfizer, Vifor Pharma, Grifols y Rovi.

Los premios a los mejores trabajos presentados al 64º Congreso de la SEFH, patrocinados por Janssen, tuvieron cuatro categorías en función del tipo de trabajo. La Mejor Comunicación Oral Científica fue ‘Resultados clínicos y farmacocinéticos tras el cambio a infliximab biosimilar en enfermedad inflamatoria intestinal: 2 años de experiencia real’; la Mejor Comunicación Oral Operativa fue para ‘Estrategia de seguridad en la manipulación de medicamentos peligrosos en centros sociosanitarios’; la Mejor Comunicación en Póster recayó en ‘Análisis farmacocinético-farmacodiná-



María Jesús Lamas, directora de la Aemps, ha sido una de las ganadoras de los premios de este año.

mico poblacional de la actividad enzimática en pacientes con enfermedad de gaucher en tratamiento con terapia enzimática sustitutiva y el Mejor Caso Clínico fue ‘utilidad de la farmacocinética clínica en el seguimiento multidisciplinar de paciente con enfermedad de crohn y niveles supratrapéuticos de adalimumab’.

Entre otros muchos galardones, los mejores proyectos I+i fueron ‘Hospital score y pacientes de alto riesgo de reingreso potencialmente evitable: impacto de un programa de intervención farmacéutica’ y ‘Lentes de contacto terapéuticas: nuevas competencias funcionales en las secciones de farmacotecnia de los servicios de FH’.

Sanidad asegura que en el diseño de Valtermed participaron los profesionales

Facme ya mostró su descontento por no haber recibido una solicitud para aportar al sistema

J.R-T/C.R.
Madrid

El Ministerio de Sanidad presentó en sociedad su sistema de información compartida dentro del Sistema Nacional de Salud que permite medir los resultados en vida real de los medicamentos. El bautizado Valtermed se pondrá en marcha el próximo cuatro de noviembre y lo hará con una cartera de siete medicamentos innovadores, los mismos que hoy en día disponen de un acuerdo de pago por resultado en su hoja de financiación.

Más allá de su aplicación, durante la elaboración del sistema hubo críticas por no contar con los profesionales. La más llamativa, por su relevancia, fue la de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme), quien lanzó un comunicado hace dos semanas advirtiendo de que no había recibido ninguna solicitud para que pudieran aportar su experiencia a Valtermed. No fue esta la única crítica que virtieron sobre el sistema. Además, también señalaban que “un sistema de información pública, que sirva para la toma de decisiones reguladoras y de financiación pública, exige garantías de tipo metodológico y garantías de calidad y credibilidad de los datos recogidos”.

Ante estas críticas, la directora general de Cartera Básica de Servicios y Farmacia, Patricia Lacruz, ha negado que en la concepción de Valtermed no hayan participado profesionales médicos. “Las sociedades científicas, los profesionales, forman parte de los grupos de expertos que diseñan los protocolos farmacoclinicos, es decir, tienen una participación de base en el ámbito del diseño de aquellas variables que se van a registrar”, aseguró durante la presentación de Valtermed. Además, Lacruz quiso poner el caso de las dos CAR-T aprobadas por el SNS y que forman parte del grupo de los siete medicamentos elegidos para su análisis con este sistema. “En los protocolos farmacoclinicos de estas terapias forman parte un representante de cada sociedad científica implicada en el proceso asistencial como de las comunidades autónomas. Es decir, hay perfil gestión y perfil clínico”, resumió.

Dentro de este nuevo sistema, el Ministerio también ha definido el papel de los diferentes profesionales sanitarios. El rol facultativo será el de registrar la información de los pacientes, consultar la información y que ser capaz de exportar la información que en su centro se genera con el protocolo que tiene asociado. La farmacia hospitalaria tendrá las mismas funciones que el prescriptor, pero a diferencia de ver los pacientes que tiene en sus protocolos, sólo verá la información relativa a los datos de los protocolos



Patricia Lacruz presentó Valtermed.

Valtermed, según resaltó la ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, es un sistema “pionero en el mundo”

Sanidad analiza el desarrollo de la funcionalidad que permita al paciente registrar datos de su calidad de vida

que están dados de alta en su centro. Para que las labores asignadas se hagan correctamente, Sanidad tiene previsto llevar a cabo un calendario de acciones formativas diferenciado por los distintos roles de profesionales.

Los medicamentos para la fibrosis quística aprobados pasarán el examen en vida real

J.R-T
Madrid

El Sistema Nacional de Salud sigue ampliando su cartera de Servicios. Tras la aprobación de las dos terapias celulares de hace diez días (el NC1 y darvadstrocel, ahora le ha llegado el turno a los dos medicamentos para el tratamiento de la fibrosis quística, Orkambi y Symkevi, que están a disposición de médicos y pacientes a partir del día 1 de noviembre. Así lo ha comunicado la ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo, a las organizaciones de pacientes afectadas por esta enfermedad. La inclusión de estos dos medicamentos se acordó en el seno de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos —en la que están representadas también las comunidades autónomas— del pasado 30 de septiembre.

El resultado de este acuerdo se materializa en una resolución del Ministerio de Sanidad que incluye en la prestación farmacéutica del SNS estos fármacos. Todo ello ha sido posible después de intensas negociaciones con el laboratorio farmacéutico que los comercializa y que comenzaron en junio de 2016. El acuerdo de inclusión alcanzado supone un modelo mixto de techo máximo de gasto y pago por resultados, es decir, coste por efectividad. “Estamos ante un medicamento que genera incertidumbre clínica por lo que el pago está condicionado a que el paciente responda al tratamiento”, ha indicado la ministra.

De hecho, estos dos medicamentos hospitalarios serán parte de los siete seleccionados para pasar el examen en vida real que realizará Valtermed. Para ello se ha elaborado un protocolo farmacoclinico, con las variables que se

van a medir y en qué etapas del tratamiento, en el que ha participado la Sociedad Española de Fibrosis Quística. Lo que no ha quedado claro es la cantidad exacta que tendrá el techo de gasto. “Tenemos una herramienta que es Seguidmed donde el laboratorio tiene que registrar el número de envases que va poniendo a disposición del sistema y en base a ese número se calcula el alcance del techo”, contestó la directora general de Farmacia, Patricia Lacruz.

En España, según datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, se estima que 554 pacientes son susceptibles de iniciar el tratamiento, 441 adultos y 113 niños y niñas. Orkambi está indicado para niños de entre 6 y 12 años y Symkevi para niños de edad superior a 12 años y adultos. “De esta manera se garantiza una continuidad en el tratamiento de esta patología”, ha matizado Carcedo.



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.

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Con rayos X

Los BiC crecen en finalistas y prestigio

El cuadro de finalistas de los Premios BiC, que conceden GACETA MÉDICA y la Cátedra de Cátedra de Innovación y

Gestión Sanitaria de la Universidad Rey Juan Carlos, crece cada año, como salta a la vista en la tabla adjunta.

El próximo 29 de octubre, en el Palacio de Congresos de Santiago de Compostela, se resolverán todas las incógnitas a

partir de las siete de la tarde en la gala de entrega de los Premios BiC 2019. ¡Enhorabuena ya a los finalistas!

Hospitales, Servicios hospitalarios y Centros de salud finalistas en los Premios BiC 2019

Mejor Hospital



Complejidad Alta

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital Clínico San Carlos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario Cruces
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto

Complejidad Media

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital CIMA
Hospital de Manises
Hospital General de Villalba
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital Universitario Infanta Leonor
Hospital Universitario La Moraleja
Hospital Universitario La Zarzuela
Hospital Virgen del Mar



Atención Primaria



Centros de Salud

Centro de Salud de A Estrada
Centro de Salud Los Alpes
Centro de Salud Puerta de Madrid

Gerencias Integradas

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital de Manises
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario del Vinalopó
Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto



*Mejor Proyecto de Humanización de A.S.



Desarrollo de un Plan Universal de Salud para Adultos con Síndrome de Down. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Cuidados al final de la vida del paciente crítico. Hospital Universitario Infanta Elena

Hospital amable para la persona mayor. Hospital Universitario Infanta Leonor

Humanización de los cuidados intensivos. Hospital Universitario de Torrejón

Plan Dignifica. Una oportunidad para la Humanización de la Asistencia Sanitaria. Hospital General Nuestra Señora del Prado

Programa de Atención Ambulatoria integral al paciente oncológico del Servicio de Oncología Médica. Hospital Clínico San Carlos

Premios CCAA

*Gestión Hospitalaria



*Plan de Salud Pública

*Estrategia en Oncología



*Estrategia en Oncología en Niños y Adolescentes

Estrategia en Innovación-Biosimilar



Mejor Especialidad

ANESTESIA Y REANIMACION

Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario Cruces
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

CARDIOLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario del Vinalopó
Hospital Universitario La Zarzuela
Hospital Universitario Lucus Augusti
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

CEFALEAS

Hospital Clínico San Carlos
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Hospital Universitario La Paz
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Hospital Universitario 12 de Octubre

CUIDADOS PALIATIVOS

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Infanta Elena
Institut Català d'Oncologia

DERMATOLOGÍA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario La Moraleja
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

DOLOR

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario del Vinalopó
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Clínico San Carlos
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Infanta Cristina

ESQUIZOFRENIA

Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto

FARMACIA

Agencia Pública Empresarial Sanit. H. de Poniente
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitari i Politècnic La Fe

FARMACIA HOSPITALARIA EN ONCOLOGÍA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

FRACTURA POR FRAGILIDAD

Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital Comarcal Valle de Los Pedroches
Hospital d'Igualada
Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital Universitario La Moraleja

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

Hospital General de Villalba
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA en LLC

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital General de Villalba
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Infanta Elena

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA en MM

Clinica Universidad de Navarra
Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital General de Villalba
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Hospital Clínico San Carlos
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario La Paz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

HEPATITIS C

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario del Vinalopó
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

MEDICINA INTENSIVA / UCI

Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario de Torrejón
Hospital Universitario del Henares
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

MEDICINA INTERNA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital CIMA
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

MICROBIOLOGÍA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

NEFROLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
Hospital Universitario del Vinalopó
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

NEUMOLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario de La Princesa
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

NEUROLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Cruces
Hospital Universitario La Paz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

ONCOLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

PATOLOGÍA DIGESTIVA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitario de La Princesa
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto

PEDIATRÍA

Hospital General de Villalba
Hospital General Universitario de Alicante
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario La Moraleja
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

PSIQUIATRÍA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Hospital Universitario 12 de Octubre
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Organización Sanitaria Integrada Bilbao – Basurto

PSORIASIS

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario de Fuenlabrada
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA

Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia
Hospital de Molina
Hospital Universitario La Moraleja
Hospital Universitario La Zarzuela
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

REUMATOLOGÍA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

TRAUMATOLOGÍA

Hospital de Molina
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario Infanta Elena
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

URGENCIAS

Clinica IMQ Zorrotzaurre
Hospital Clínico San Carlos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Hospital de Molina
Hospital Universitario del Vinalopó

UROLOGÍA

Hospital General de Villalba
Hospital Universitari i Politècnic La Fe
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario La Moraleja
Hospital Universitario Rey Juan Carlos

VIH/SIDA

Complejo Hospitalario de Pontevedra
Hospital Universitario de Torre Vieja
Hospital Universitario del Vinalopó
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Hospitales organizados por orden alfabético.
* No sujetos al índice ICAP.

Con el apoyo de: Amgen, Astellas, Bristol-Myers Squibb, Boehringer Ingelheim, Ferrer, Gilead, Grunenthal, GSK, Ipsen Pharma, Janssen, Merck, MSD, Novartis, Roche, Sanofi Genzyme y UCB Pharma.