



Las guías no están adaptadas al paciente crónico

La SEMI trabaja en la creación de bases metodológicas para desarrollar guías dirigidas a múltiples patologías | **Pág. 20**

“Hemos luchado para evitar que hubiera más especialidades”

La presidenta de la SEMI, Pilar Román, ha asumido el reto de dirigir este número de GM. Así fue su visita a la redacción | **Editorial y Págs 4 y 5**

Sanidad y CGE ultimarán este martes el borrador sobre prescripción

- Los médicos respaldan el decreto que permitirá a los enfermeros indicar medicamentos

Fecha clave el próximo martes día 16 en el Ministerio de Sanidad. Después de cuatro años de negociaciones, de avances y retrocesos, el Consejo General de Enfermería (CGE) y Sanidad cerrarán los últimos detalles del borrador del Real Decreto Ley para la prescripción enfermera. Una vez finalizada la tramitación, comenzarán

los trabajos para desarrollar las guías clínicas y los protocolos. El acuerdo entre médicos y enfermeros es absoluto hoy, según han venido explicando los presidentes de ambos consejos en diferentes foros. Ambos coinciden en dotar a los enfermeros de una acreditación y de una formación para prescribir. **Editorial y página 10**

La obesidad femenina dificulta la implantación embrionaria

La tasa de recién nacidos vivos se reduce en un tercio respecto a una paciente con normopeso, según confirma un estudio del IVI presentado en la Reunión Anual de la Eshe. Además, la cifra de implantación embrionaria y la de gestación evolutiva son un 23 y un 19 por ciento menor. **P. 19**

Medir anticuerpos para controlar el nivel de anti-TNF en sangre

Monitorizar los niveles de sangre de fármaco libre y de anticuerpos en el tratamiento con fármacos que bloquean el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) es fundamental para tomar decisiones terapéuticas sobre sus pautas de tratamiento. **P. 24**



El Foro de la Profesión Médica, integrado por OMC, Facme, CEEM, CESM, Cnecs y Cndfm, espera alcanzar un acuerdo definitivo con el Ministerio de Sanidad antes de finales de este mes.

Incertidumbre ante el “sí” final entre Foro y Sanidad

- Esperan reunirse con el ministerio próximamente para tomar una decisión

A pesar de los avances en las últimas reuniones parece que ni el Foro de la Profesión Médica ni los representantes del ministerio llegan a un acuerdo. De momento están a la espera de una próxima reunión en Sanidad para zanjar los asuntos pendientes.

El portavoz del Foro, Francisco Miralles, ha señalado a GM que el acuerdo debe sustentarse en la Mesa del Médico, donde se debatan cuestiones relativas a la

profesión, y en la creación del régimen jurídico específico. Por tanto, hasta que estos aspectos no se resuelvan no habrá consenso.

Después de casi seis meses de reuniones, ninguna de las partes han consensuado sus líneas de trabajo. De momento, Miralles asegura que esta semana será definitiva para cerrar o no la negociación. Las voces más optimistas aseguran que la firma se producirá a finales de este mes.

De momento, Sanidad continúa estudiando las propuestas de los representantes de la profesión. **Editorial y página 9**

Atención Primaria asumirá el cribado en cáncer de colon

Página 17

Seguro **Multirisgo de Hogar**

La llave de la seguridad de su casa

15% DESCUENTO
Hasta el 30 de septiembre de 2013*

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

LA CONFIANZA ES MUTUAL

Llame al 902 30 30 10
o entre en www.amaseguros.com

* Descuento aplicable hasta el 30 de septiembre de 2013 para nuevas contrataciones

NetSalud
Información en NetSalud

Disponible en: www.netsalud.es | [AppStore](https://www.apple.com/appstore)

Gaceta Médica información adicional en NetSalud

“El futuro de la Biomedicina en España sólo lo garantiza una inversión razonable y estable”
 “La central de compras traerá falta de innovación”
 Una mutación reduce a la mitad el riesgo de TEV
 Los fármacos HDACi candidatos a tratar disfunciones cognitivas

Gaceta Médica edición Madrid

Mora trata de obstaculizar en vano el trabajo del contable en el Icomem Madrid aduce que fomentó la concurrencia de empresas
 Las guías actuales no se adaptan al paciente crónico
 El TSLP, responsable del desarrollo de fibrosis en la esclerosis sistémica

Gaceta Médica edición Catalana

Els hospitals dels sistema sanitari públic catalá mantenen un bon rumb
 Més suport a la recerca clínica a Vall d'Hebron
 Més risc d'adenocarcinoma per l'exposició perllongada a la contaminació de l'aire
 La presència de VPH pot multiplicar per 130 el risc de càncer de la orofaringe

Noticias más leídas en GACETA MÉDICA.com

- GM** El desempleo en enfermería se ha cuadruplicado en los últimos tres años
- GM** Médicos y enfermeros aseguran que existe un total acuerdo en la prescripción enfermera
- GM** El TSJM paraliza el proceso de externalización de los seis hospitales madrileños
- GM** Castrodeza reconoce un aumento de las solicitudes de profesionales para salir de España
- GM** La tiroglobulina alta no es sinónimo de tumor
- GM** Lasquetty: “El TSJM no entra en el fondo de la cuestión”
- GM** El Senado da luz verde a la reforma de la Ley del Medicamento
- GM** La inversión en renovación de tecnología sanitaria baja un 45%

Tweets más populares de @gacetamedicacom

- El desempleo en enfermería se ha cuadruplicado en los últimos tres años
- @GacetaMedicaCom y @ElGlobalNet organizan una jornada para debatir sobre las ATEs
- La cirugía robótica en cáncer de próstata conserva la continencia urinaria y la función sexual
- La quimioprevención reduce el riesgo de cáncer de mama
- 903 millones de ahorro si toda AP fuesen EBAs
- Médicos y enfermeros aseguran que existe un total acuerdo en la prescripción enfermera
- La Comunidad Valenciana lanza seis algoritmos gástricos pese a la oposición de los médicos
- Lasquetty presentará las alegaciones antes de los tres días de plazo

Editoriales

¿Predicar en el desierto?

Los profesionales se mueven y lo hacen cada vez más. Su compromiso y sus intentos por contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario están en el ambiente. Sólo hace falta ver cómo las sociedades científicas se han propuesto como una de sus metas conseguir la eficiencia y promover la participación de sus afiliados en la gestión clínica. No era habitual hace unos años oír hablar a los presidentes de estas organizaciones hablar fuera de su papel como garantes del conocimiento científico que evidentemente juegan. Ahora la mayoría hablan claro cuando

diagnostican los problemas que padece el SNS y son muy conscientes del rol que pueden jugar en su interacción con los gestores sanitarios. Que cuatro sociedades se unan para crear una fundación para optimizar la gestión sanitaria apostando por ella como fórmula para evitar nuevos ajustes implica que algo está cambiando. Y que 36 sociedades científicas se junten en un proyecto para conseguir eliminar cinco procesos de cada especialidad que se están haciendo sin beneficios para el paciente y con prejuicios para las cuentas, también.

Ahora sólo faltan oídos dispuestas a escucharlas. Son muchos aún los gestores que cuando reciben propuestas de los profesionales miran para otro lado. Y si esto lo extrapolamos a los estratos superiores, tenemos también claros ejemplos.

Negar que la pública no está más burocratizada que la privada es obviar la realidad y conduce a un debate infructuoso. Omitir que la pública juega con desventaja respecto a la privada porque carece de herramientas que le podrían hacer eficiente también lo es.

La prescripción enfermera: un síntoma positivo

La prescripción enfermera afronta la recta final de un proceso maratónico y agotador. Los últimos cuatro años se han perdido entre negociaciones, debates y discusiones entre comunidades, ministerio, profesionales sanitarios y partidos políticos que, aunque con retraso, dejan un buen síntoma. Este principio de acuerdo supone un paso hacia un gran pacto entre los profesionales sanitarios y el Ministerio de Sanidad.

Atrás quedaron por tanto los tiempos de confrontaciones por la prescripción enfermera entre la profesión y los médicos. Al

menos en lo que respecta al Consejo General de Enfermería y a la Organización Médica Colegial. Rectificar es de sabios y así lo ha demostrado el presidente Juan José Rodríguez Sendín olvidando la enrocada postura que en su día mantuvo y aquella insistencia en lo nocivo que iba a ser para los pacientes que una enfermera pudiera prescribir un medicamento, en un intento equivocado porque la profesión médica no perdiera parcelas de poder. Una actitud que, sin embargo, algunos facultativos todavía no han abandonado.

Ahora, la entente cordial entre ambos colectivos parece asentada y duradera, como siempre debió serlo por el bien de los profesionales sanitarios a los que representan, de los pacientes y por ende, del SNS.

El acercamiento entre los presidentes muestra las consecuencias de un debate serio y estudiado. Ahora sólo falta que el ministerio dé por fin el paso definitivo y que empiece a funcionar, con cuatro años de retraso, eso sí, y que se establezcan de forma meridiana los mecanismos sobre cómo se va a llevar a cabo.

A estas alturas, el escenario es, si cabe, mucho más esclarecedor que hace meses. Un sector del PSOE que simpatiza con Tomás Gómez e, incomprensiblemente, aún cree en sus posibilidades, ha decidido redoblar su ofensiva contra el PP a cuenta de la Sanidad. En el ánimo de este grupo heterogéneo, en el que no sólo participan sanitarios, pesa el sentimiento de que los ataques que vienen protagonizando asociaciones y entes interpuestos supuestamente independientes contra el proceso externalizador de hospitales y centros de salud empieza a dar su fruto. Madrid ha de ser el primer feudo en caer, porque si cae Madrid, el salto a La Moncloa será mucho más fácil y los prebostes de Ferraz serán generosos a la hora de repartir dádivas. Además, Ignacio González tiene menos tirón mediático que Esperanza Aguirre y es más fácil de batir, piensan en el grupo, que cree además que sus huestes han mordido ya en la yugular de la presa y que no hay que dejarla escapar. La consigna es clara: de aquí a las autonómicas conviene intensificar los ataques, lograr que cunda definitivamente en la población el mensaje de que pronto se les cobrará por acudir a urgencias, de que los hospitales van a ir a parar a manos de capitalistas sin escrúpulos y de que los centros sanitarios serán troceados como si de parcelas se tratara, condenando al paro o a sueldos de miseria a todos los que allí trabajan. Dentro de esta estrategia de acoso y derribo figuran los profesionales sanitarios en general y la clase médica en general. Conviene agitar al personal, fomentar los movimientos asamblearios, jalea el malestar por la congelación de las retribuciones, aprovechar el lógico cabreo motivado por las jubilaciones forzadas pese a que todo ello se ha hecho ya en feudos socialistas como Andalucía,

La radiografía

Los satélites del PSOE tratan de ganar adeptos contra Lasquetty

y aprovechar la debilidad extrema de los sindicatos profesionales, que siempre han sido conservadores. La memoria es frágil y el enfado, latente. También hay que airear a los cuatro vientos que Manuel Lamela, Juan José Güemes y parte de la cúpula actual de la Consejería están imputados, pese a que sólo han sido llamados a declarar por un juez que olvida quienes

Preguntas sin respuesta

¿Qué propuestas políticas en el seno de un Consejo General están causando estupor a muchos de sus visitantes?

¿Qué consejero del PP ha recibido ya varios toques de Génova por el malestar que está creando entre los médicos?

¿Qué asociación sanitaria ha decidido depurar a un médico que actúa de forma deshonesto a cambio de contraprestaciones económicas?

¿Qué sociedad científica está muy preocupada con los informes que le llegan acerca de uno de sus integrantes?

fueron los causantes de la quiebra sanitaria. Es el momento de levantar en armas la Sanidad, sostienen en el grupo. En este escenario están jugando un papel fundamental los adeptos, los anhelantes de cargo, los que suspiran y hasta matarían por un trozo de pastel cuando éste se reparta. Las correas de transmisión del nuevo ideario anti PP tienen nombres y apellidos y son conocidas por todos. Algunos actúan al descubierto. Sin tapujos. Otros lo hacen en cambio con recato, como si el ideario político no fuera con ellos. Se disfrazan de hombres asépticos, pero ejercen el proselitismo con las autoridades que les confieren sus cargos. Si quieres esto, harás esto otro, que no es otra cosa que arremeter contra gente del Ministerio y contra Lasquetty, la primera de las piezas a doblegar, les dicen a todos aquellos que se les resisten y que formulan sus lógicas reivindicaciones profesionales. El movimiento filosocialista se ha infiltrado en colegios, sociedades científicas nacionales y autonómicas, y asociaciones de todo tipo y condición. También extiende sus tentáculos por la primaria y la especializada, y a todos los niveles: desde los siempre cabreados residentes hasta los trabajadores con empleos precarios, pasando por jefes de servicio. En la transmisión de este *agitprop*, los instigadores juegan con el viento a favor. Pese a algunos tibios movimientos, el PP sigue dormido en los laureles y actúa como el niño que se tapa los ojos porque cree así que nadie le va a ver.



Sergio Alonso

Sergio Alonso es redactor jefe de 'La Razón'

GM bajo el prisma de Pilar Román

La presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) acudió a las instalaciones de Contenidos e Información de Salud para 'dirigir' esta edición especial de Gaceta Médica.

Pilar Román explicó al equipo de redacción los temas que más preocupan hoy a los profesionales de Medicina Interna en España. La presidenta mostró especial interés en plantear cómo se estructurará el hospital del futuro y el papel fundamental que esta especialidad jugará en ellos. Por otro lado, quiso reseñar algunos proyectos en los que la SEMI participa para garantizar una mejor gestión del SNS. Ejemplo claro de ello es la Fundación Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria.



La presidenta de la SEMI, Pilar Román, durante la reunión de primera acompañado del equipo de Gaceta Médica.



Durante su visita a la redacción de Contenidos e Información de Salud. Arriba, flanqueada por Santiago de Quiroga, Luis Sangil, Jesús Díaz y Lucía Barrera, directora de Gaceta Médica.



La presidenta de la SEMI dejó su rúbrica en el libro de firmas de Contenidos e Información de Salud.

Opinión

¿Cómo se adaptarán los hospitales?

Los hospitales actuales nacieron hace 100 años y se organizaron en base a la especialización y el conocimiento. Se orientaron a la asistencia de pacientes agudos puesto que en aquel tiempo las principales causas de enfermedad y mortalidad evitable eran las enfermedades infecciosas. Esta organización ha sido capaz de generar un gran avance científico-técnico que ha contribuido, junto al mayor nivel de vida, a la reducción de la mortalidad y a un aumento considerable de la expectativa de vida.

Nuestro sistema nacional de salud, de cobertura universal y accesibilidad equitativa, es uno de los logros del estado del bienestar más significativo y más apreciado por los ciudadanos. Sin embargo, el avance científico continuo ha originado una sub-especialización progresiva y ha propiciado una asistencia fragmentada, centrada en la propia organización de los profesionales en lugar de hacerlo en las personas.

Existe una creciente evidencia a favor de un cambio radical en el modelo asistencial para hacer frente a la epidemia de la cronicidad. En esos modelos, los profesionales del hospital forman equipos asistenciales con los de atención primaria y socio-sanitaria para, de una manera proactiva, adelantarse a las descompensaciones de los pacientes con el objetivo de evitar progresión de la enfermedad, hospitalizaciones y dependencia, con segmentación de los pacientes según riesgos y atención multidisciplinar individualizada. Al mismo tiempo se hace necesario que los pacientes o sus cuidadores adopten una actitud activa y responsable sobre su enfermedad participando de las decisiones y comprometiéndose en los objetivos. Todo ello precisa de una redistribución de los roles y las competencias profesionales.

El hospital abandonará su papel centripeto y se abrirá a la comunidad formando parte de una organización integrada, más flexible y abierta, extendiendo su actividad más allá de sus propios límites físicos. La tendencia a la ambulatorización de los procesos supondrá que los pacientes ingresados serán los de alta complejidad, los críticos, los de diagnóstico

desconocido y complejo o los que precisen de alta tecnología o cirugía.

Dispondrá de múltiples recursos asistenciales con una atención multidisciplinar y, en muchos casos, virtual debido al impacto de las tecnologías de la información. Los indicadores se basarán en resultados en salud, calidad y seguridad del paciente. La transparencia y la competencia entre los centros serán los medios de conseguir la mayor eficiencia.

La gestión clínica y el compromiso y participación de los profesionales serán imprescindibles para conseguir los mejores resultados. Consiste en rediseñar los procesos asistenciales con tres objetivos primordiales: ofrecer a los pacientes las mejores prácticas posibles según la evidencia científica (eficacia) que hayan demostrado capacidad para cambiar favorablemente el curso de la enfermedad y la calidad de vida (efectividad) con los menores inconvenientes para las personas y los menores costes para el sistema sanitario (eficiencia). Supone trasladar a los profesionales la responsabilidad sanitaria y social que les corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente. Las unidades de gestión clínica en base a problemas de salud, en lugar de especialidades, se ha mostrado como la mejor fórmula para la asistencia de calidad.

El reto es importante e ilusionante. Los profesionales hemos de liderar el cambio de modelo asistencial formándonos en los que han demostrado éxito para el tratamiento de la cronicidad; en formar y liderar equipos multidisciplinarios excelentes; en gestión clínica; en el uso de las nuevas tecnologías; en calidad y seguridad del paciente; en el fomento de la auto-responsabilidad de los pacientes; en la prevención y promoción de la salud y en la gestión del tiempo. No será fácil pero hemos de abandonar el sistema tradicional si queremos dar a los pacientes la asistencia que se merecen, preservando, al mismo tiempo, nuestro sistema sanitario.



Pilar Román,
Pta. de la SEMI

Lea la tribuna de opinión completa en nuestra web: www.gacetamedica.com



SEMI/ El sistema sanitario visto desde la Medicina Interna

“Tenemos que creernos el papel del internista como referente en la gestión del paciente crónico”

Pilar Román

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

GM LUCÍA BARRERA
Madrid

El cambio de paradigma dentro del sistema sanitario de la atención de pacientes agudos a pacientes crónicos constituirá una oportunidad para la medicina interna de ganar protagonismo dentro de los centros hospitalarios. Pilar Román es muy consciente de ello y afirma con rotundidad que no se irá tranquila del cargo hasta que haya conseguido algún avance en este sentido.

Pregunta. La orientación del SNS a los pacientes crónicos ¿Supone un reto para la medicina interna?

Respuesta. Tenemos una oportunidad de oro. Los internistas y geriatras han de ser los referentes para los pacientes crónicos complejos en el hospital. Así se lo

“Si la pública tuviera las herramientas de la privada no hubieran sido necesarias las concesiones”

transmito a los socios, sobre todo a los jóvenes, pero no lo terminan de creerlo, en muchas ocasiones porque es cierto que los gerentes no están poniendo en práctica, muchas veces por falta de formación. Sin embargo, la estrategia de crónicos del ministerio lo dice muy claro y tenemos que estar convencidos. Ése era mi principal objetivo cuando me presenté a la presidencia: Recuperar el papel que el internista ha debido tener siempre y que perdimos en su momento. Es complicado salir del valle de la comodidad, sobretodo cuando careces de estímulos y muchos profesionales se sienten vapuleados, pero debemos hacer ese esfuerzo.

P. ¿Debe hacerse al profesional más partícipe de la gestión clínica?

R. Todos los profesionales debemos hacer gestión clínica. Es cierto que ahora se tiende a hacer una



La presidenta de la SEMI señala que poner más trabas burocráticas impide que se le dedique el tiempo adecuado al paciente. “No miramos a la cara a los pacientes, estamos mirando el ordenador”, apunta.

asistencia por proceso, por pacientes y no por especialidades. En muchas patologías precisamente la visión global del internista le hace el más idóneo para liderar esas unidades multidisciplinares, que son necesarias. No obstante, todos los clínicos debemos saber en qué se gasta porque el dinero es limitado y cuando poner recursos en un lado, inevitablemente, los quitas de otro.

Es cierto que muchos planteamientos profesionales a veces son

corporativistas, pero también la administración tiene demasiado recelo. Muchas veces intentamos hacer las cosas para mejorar pero no nos escuchan y esto se debe a una falta de formación de los mandos intermedios y de los superiores.

P. ¿Cómo se percibe dentro de la sociedad las nuevas fórmulas de colaboración público-privada?

R. La SEMI no entra en cuestiones políticas pero, en general, somos de la opinión de que si la pública tuviera las herramientas

que tiene la privada no hubiera hecho falta conceder ninguna gestión. Son parches. Cuando se han hecho comparaciones entre privada y pública, se penaliza la segunda porque las reglas de gestión no son las mismas. Por otro lado, los defensores de la pública a ultranza dicen que se engaña en los datos; también entonces la pública podría hacerlo ¿no? Transparencia, sí, por supuesto, pero para la pública también. No creo que ningún profesional quiera que cam-

bien las normas en cuanto a cobertura universal, acceso equitativo y financiación vía impuestos del SNS. Pero no nos impongamos unas reglas tan rígidas y encorsetadas que nos impidan gestionar.

P. Ese cambio de reglas, ¿pasa por la flexibilización laboral?

R. Es fundamental, no puede ser café para todos. Somos humanos y nos movemos por intereses. El hecho de saber que no te pueden echar hagas lo que hagas hace que en ocasiones la gente se relaje. Mientras no haya flexibilización en los contratos e incentivos económicos y no económicos seguirá existiendo la “mente de funcionario”.

P. Algunas comunidades autónomas están poniendo medidas que podrían limitar la libertad de prescripción del médico...

R. No debe de existir la libertad de prescripción absoluta del médi-

“Es fundamental establecer una flexibilización en los contratos e incentivos”

co, debemos limitarnos a lo que esté demostrado científicamente y además tenemos la obligación de ser eficientes. Dentro de eso estamos de acuerdo, por ejemplo, con los algoritmos de la Comunidad Valenciana porque teóricamente encaja con estos principios, pero de ahí a poner trabas administrativas para llegar un fármaco que, basado en la evidencia, es al final más eficiente que otro, hay diferencia. La eficiencia no se debe medir sólo en el precio, hay que poner precio al año por vida de salud ganado y eso lo debe hacer una agencia de evaluación tipo NICE. Me parece bien que cuando se ponga un fármaco que se salga de la norma se explique en por qué se ha salido de la norma, pero si para llegar a poner ese fármaco hay que hacer tantos papeles que no te da tiempo, no es una buena práctica.

“Hemos luchado para impedir más especialidades”

Una reivindicación que viene de hace 30 años. Así se percibe desde la SEMI el proyecto de troncalidad. “Aunque vaya en contra de nuestra especialidad, por que los especialistas tendrán suficiente formación común, creemos que es fundamental que los residentes pasen dos años únicamente entre interna y primaria, sin rotar por otros servicios, para tener una visión global del paciente”, subraya Román. Desde la sociedad se apuesta, por tanto, por cinco años de formación para medicina interna y la creación de áreas de capacitación, algo que choca directamente con la petición de la especialidad propia tanto de urgencias como de infecciosas.

Al respecto Román no tiene problemas en reconocer que “han luchado” para evitar que hubiera más especialidades. “Tenemos 35, más que ningún país europeo y no podemos hacer más fragmentaciones, supondría muchísimo gasto”, apunta la presidenta preguntándose si tiene sentido que en España haya más personas que se dedican exclusivamente a enfermedades infecciosas que en todo el resto de Europa. Asimismo insiste en que teniendo un área de capacitación y un reconocimiento en la carrera profesional no ve la necesidad de querer una especialidad. “¿Qué importa tener un título? Lo que importa es saber y hacerlo bien”, concluye.

INTERTERRITORIAL/ El próximo 23 de julio, nueva reunión con las comunidades

Cartera básica y servicios hospitalarios a examen

- Genética, reproducción humana e implantes son cuestiones a revisar
- Se analizará la implantación del cribado de cáncer de colón en todas las CC.AA.



El trasvase de funciones del hospital al centro de salud del cribado de cáncer de colon forma parte de la reforma de la cartera básica de servicios en la que trabaja el ministerio y que abordará en la reunión del 23 de julio con las autonomías.

GM C.L.
Madrid

Siete meses después del último Consejo Interterritorial, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas ya han puesto fecha para el próximo 23 de julio.

A pesar de que hasta el momento no hay fijada una comisión delegada para aprobar el orden del día de la reunión, fuentes ministeriales han confirmado a GACETA MÉDICA que durante el próximo encuentro entre Sanidad y administra-

ciones se comenzará a analizar el primer paquete de revisión de la cartera básica de servicios y recomendaciones sobre reorganización de servicios hospitalarios.

Así, en cuanto a estos servicios, aunque la organización y la planificación de los mismos es competencia de las autonomías, el Interterritorial fijará el número mínimo de trasplantes que debe hacer cada unidad.

Por otro lado, en cuanto a la revisión de la cartera básica de servicios, la reunión de la próxima semana analizará cuestiones rela-

tivas a genética, reproducción humana e implantes.

Cribado de Cáncer de Colon

Del mismo modo, la semana pasada el Foro de Médicos de Atención Primaria anunciaba que el cribado de cáncer de colón será otro de los temas a tratar en el próximo consejo con las autonomías.

Además, adelantaban que se incorporará a la cartera de servicios, previo paso por diferentes comisiones, ante estas afirmaciones, el ministerio confirma que las comunidades tendrán que aprobar la implantación en todas para llevar a cabo el trasvase a Primaria.

SEMI/ Medicina Interna pretende apostar por ella como alternativa frente a los ajustes

Cuatro sociedades científicas crean una fundación para optimizar la gestión

- El proyecto con el que comienza es el Máster de Dirección de Unidades Clínicas

GM A.F.
Madrid

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la Sociedad Española de Cardiología (SEC), la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ), la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD) y numerosos responsables de servicios hospitalarios, se unirán próximamente para impulsar la Fundación Instituto para la Mejora de la Asisten-

cia Sanitaria (IMAS), con el propósito de servir de instrumento para el desarrollo de la gestión clínica en el SNS.

Optimizar la gestión

Esta entidad sin ánimo de lucro pretende optimizar la gestión sanitaria en España, apostando por ella "decididamente frente a los ajustes y la privatización de la sanidad", según informaron las sociedades científico-médicas que la formarán.

Para ello, su objetivo será desarrollar proyectos concretos de formación, investigación, estándares de actuación, difusión o evaluación, entre otros.

El proyecto inicial con el que la Fundación IMAS comienza su labor es el Máster de Dirección de Unidades Clínicas, el primero en España dirigido por profesionales de la salud para profesionales de la salud que no pretenden sustituir su labor asistencial por tareas administrativas, sino que desean seguir siendo clínicos.

Saber más sobre responsabilidad civil

225.000 € por retrasar una operación de cadera

Una dolencia de cadera derivó en una reclamación de 225.000 euros por un supuesto retraso de la prestación sanitaria dispensada al paciente, así como un error en la intervención quirúrgica que ocasionó al paciente una necrosis avascular de la cadera derecha.

La mutua del paciente decidió la intervención quirúrgica ocho meses después de haberse producido la lesión, con el agravamiento progresivo de la misma, por lo que se perdieron todas las posibilidades quirúrgicas a excepción de la implantación de una prótesis total de cadera, según el demandante.

Esta acusación fue desestimada ya que se alegó que el retraso no podía ser imputable al doctor al ser una decisión de la mutua. El demandante solo dirigió su reclamación contra el médico por lo que el juez desestimó dicha pretensión.

En cuanto a la supuesta lesión causada

como consecuencia del retraso - necrosis avascular de la cadera derecha- se consiguió probar que esta lesión era previa al traumatismo y que la mejor opción era una sustitución protésica total primaria de la cadera derecha.

Por otra parte se discutió también sobre la ausencia de un consentimiento informado completo, la ausencia de un estudio preanestésico, así como la falta de profilaxis antibiótica.

Se intentaba sostener por la parte reclamante el carácter rutinario de la intervención y la seguridad de que debía haber un resultado favorable, presentándose un informe que respaldaba esta afirmación.

El informe forense aseguraba que en el tratamiento de la necrosis avascular de cadera en la situación en la que se encontraba el paciente la prótesis total es el tratamiento de elección en la fase artrósica. Aun así los resultados en este tipo de pacientes tienen una alta tasa de

fracasos cuando se realiza esta técnica comparando con la prótesis total de cadera que se realiza en enfermos con artrosis de cadera por otras causas diferentes, a pesar de lo cual es la opción terapéutica más fiable.

Respecto de la falta de firma por el facultativo en el consentimiento informado hay que decir que por la fecha de los hechos es de aplicación la Ley 14/1986 General de Sanidad que establece que el usuario tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, y a la libre elección entre las opciones que se le presenten, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.

El reclamante solo dirigió su reclamación contra el médico, por lo que el juez desestimó dicha pretensión

El consentimiento estaba firmado por el demandante, sin embargo

no se habían rellenado los datos del doctor que realizó la intervención, lo cual fue considerado irrelevante por el juez dado que el demandante conocía que quien le iba intervenir iba a ser el doctor finalmente demandado.

En relación a la falta de estudio preanestésico, a pesar de que el hospital no llegó a aportarlo al juicio, se defendió que la falta del mismo no habría tenido relación de causalidad entre las lesiones y la falta de estudio preoperatorio.

Finalmente, se demostró que no era cierta la acusación realizada por el reclamante de falta de profilaxis pues constaban instrucciones dejadas por el doctor en las que prescribía un día más el antibiótico Monocid.

Por todo esto el juez desestimó todas las acusaciones contra el doctor y la pretensión de 225.000 euros en concepto de indemnización.

Más información en:
www.lexsanitaria.com



SEMI/ Más de 250 profesionales participan en una encuesta iniciativa de un internista para mejorar el Hospital san Juan de Alicante

GM JUAN PABLO RAMÍREZ
Madrid

El responsable de Medicina Interna del Hospital San Juan de Alicante, Jaime Merino, sigue sin obtener una respuesta de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Hace ya casi cuatro meses que remitió al gerente del centro una batería con 500 sugerencias elaborada por más de 250 profesionales para mejorar el rendimiento del hospital, con la intención de presentárselas junto con un grupo de profesionales al consejero, Manuel Llombart.

Consciente de los problemas que atraviesa el sistema sanitario, Merino remitió un cuestionario a los jefes de servicio y de sección del San Juan de Alicante con el fin de que compartieran sus ideas. En primer lugar, el internista acudió al gerente y al director médico del hospital para explicarles la iniciativa que había emprendido. “Les comenté además la posibilidad de reunirnos por bloques para intercambiar ideas, pero esto no les pareció bien”, señala.

Su departamento también aportó iniciativas al proyecto. Entre ellas, la reutilización de medicamentos sobrantes, consultas de atención rápida para los enfermos crónicos complejos, mecanismos para reducir las

Una batería de 500 medidas para la sostenibilidad de los hospitales

- Los trabajadores aportaron ideas para lograr una medicina más costo-eficiente y de mayor calidad y seguridad
- Ni la gerencia del centro ni la Consejería de Sanidad de la Comunidad valenciana han respondido



Los profesionales propusieron ideas como la reutilización en farmacia de medicamentos sobrantes, consultas de atención rápida para pacientes crónicos complejos o modelos de educación sanitaria.

estancias o modelos de educación sanitaria, que consiste “en la utilización de los halls del hospital como publicidad estática para

transmitir información a los pacientes”, señala.

Para recoger las sugerencias, Merino remitió un cuestionario a

los jefes de servicio y de sección con la idea de que participaran el mayor número de trabajadores. “Las propuestas van encaminadas

a lograr una medicina más costo-eficiente, de mayor calidad y de mayor seguridad para el paciente”, señala el internista.

Este es el primer objetivo del cuestionario que remitió a los trabajadores. En una segunda parte les preguntaba si estarían dispuestos a llevar a cabo sus propuestas sin cobrar ninguna retribución adicional. “Más del 90 por ciento se mostraron dispuestos”, añade el internista. En la tercera, solicitaba ideas relativas a la mejora del funcionamiento general del centro cuya puesta en marcha no dependa del profesional.

“Creo que en una situación como la actual que un grupo significativo del hospital se haya sentado para aportar ideas es importante”, explica Merino que lamenta que el gerente no haya revisado las propuestas. “Comprendo que algunas pueden ser ingenuas y de difícil aplicación, pero estoy convencido de que las hay valiosas”.

SEMI/ A raíz de una propuesta al ministerio de la sociedad

Las sociedades científicas proponen cinco procesos que sobran en el SNS

- Ya son 36 las implicadas en este proyecto que podría tener resultados en este año

GM A. L. S.
Madrid

Tomando como ejemplo otras iniciativas que se han llevado a cabo en Estados Unidos, Australia o Reino Unido, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) presentó al Ministerio de Sanidad el año pasado un proyecto para minimizar actuaciones médicas que no aportan valor añadido al paciente. La iniciativa gustó a la cartera que dirige Ana Mato y en abril se presentaba el ‘Compromiso por la calidad de las sociedades médicas en España’. “Hay algunas actuaciones que no generan un beneficio para el paciente por eso planteamos identificar cinco prácticas que se pueden reducir para

mejorar tanto la atención como la eficiencia global del sistema sanitario”, resumió Javier García Alegría, coordinador del proyecto. En la actualidad, hay ya 36 sociedades científicas que se han comprometido a dar su listado a Sanidad, y aún hay entre tres y cinco que están pendientes de contestar.

Así, según explica García Alegría se trata de unas recomendaciones de las sociedades científicas a sus propios afiliados, los pacientes y los directivos sanitarios. “Tiene una reflexión de carácter ético, de cómo podemos contribuir a la sostenibilidad del SNS”, apostilló.

El proyecto está coordinado por la Dirección General de Calidad del ministerio, mientras que el Instituto Aragonés de Ciencias de la

Salud está aportando los aspectos metodológicos. En la actualidad se han identificado recomendaciones que ya se han enviado a un grupo de expertos seleccionados por las sociedades científicas a las que plantearán sus aportaciones. A continuación, mediante método Delphi de identificación y priorización se terminarán seleccionando cinco cuestiones por cada sociedad científica. Para empezar, se ha seleccionado un grupo de éstas — diez en concreto— que harán de “avanzadilla” para aprendizaje del método y se espera que tengan resultados antes de que finalice el año. Esas sociedades —que agrupan a las patologías más prevalentes— prepararán tras su decisión final un documento con los cinco



El expresidente de la SEMI, Javier García Alegría, coordina dentro de la sociedad esta iniciativa que se presentó al ministerio de Sanidad el pasado año.

procesos a retirar, alguna cita bibliográfica y una breve explicación que no será “más de un hoja”.

La SEMI está en ese primer grupo y según comentó su presidenta, Pilar Román, es posible que esas cinco cuestiones estén listas entre octubre y noviembre.

“El ministerio nos ha expresado su deseo de que este proyecto prosiga en el tiempo, de manera que

haya una actualización continua por parte de las sociedades. El compromiso es que se asumirán esas recomendaciones y se difundirán desde Sanidad”, acotó García Alegría aludiendo también al trabajo que están haciendo conjuntamente sociedades científicas en las que coinciden patologías para coordinarse en la distribución de las recomendaciones y el resultado final.

SEMI/ El programa 'Comparte' ha transformado el modelo asistencial del hospital

Las TIC reducen los reingresos de crónicos

- Los profesionales tienen que asumir responsabilidad en los resultados en salud
- La estancia media en el centro ha pasado de 8,39 a 8,19 días en tres años

GM ALMUDENA FERNÁNDEZ
Madrid

Los pacientes crónicos complejos están obligados a mantener el contacto de forma habitual con el sistema sanitario con gran impacto clínico, social y económico para el propio paciente, su familia, la sociedad y provocando un elevado consumo de recursos del SNS.

Antonio Fernández Moyano, jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, explicó a GM que las TIC permiten mejorar la atención a estos pacientes a través de cinco líneas de actuación: la formación del enfermo, las autogestión de las patologías a través de apps, la telemonitorización en domicilio, el seguimiento y tratamiento a tra-

vés de telemedicina y la transmisión de información entre profesionales. Eso sí, recuerda que, aunque son eficientes, no debe olvidarse que son sólo una herramienta más dentro de la necesaria gestión integral de la atención al paciente crónico.

El Hospital San Juan de Dios de Aljarafe empezó a desarrollar en abril de 2009 el programa 'Comparte', que facilita la asistencia desarrollando conjuntamente entre el hospital y AP 18 intervenciones operativas, multidimensionales, multiniveles y multiprofesionales. Su objetivo es mejorar el control de las enfermedades crónicas. Para ello, relató Fernández Moyano que han intentado desarrollar una evaluación integral, homogeneización de procedi-

mientos, uso racional del medicamento, coordinación asistencial, desarrollo de competencias en pacientes y profesionales, aplicación de las TIC y evaluación continua con inclusión en objetivos incentivados.

Para la coordinación de los diferentes profesionales implicados en el abordaje multidisciplinar del enfermo, "el elemento fundamental es la asunción directiva y entre los profesionales, de que existe una responsabilidad sobre los resultados en salud, obligatoriamente compartida entre todos los que intervienen en el proceso asistencial", independientemente de la categoría profesional y del lugar donde sea atendida la persona. Las herramientas que aplica el hospital para ello son fundamen-



Antonio Fernández Moyano, jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

talmente reuniones de trabajo diarias matutinas, en las que están presentes, además de todos los médicos, los trabajadores sociales y psicólogo. El internista de referencia además, tiene reuniones presenciales quincenales con todo el equipo de AP de su zona poblacional de referencia.

En cuanto a los resultados, el programa ha conseguido transformar el modelo asistencial, y, como

consecuencia, la estancia media ha pasado de 8,39 días en 2009 a 8,18 días en 2012. La tasa de reingreso mensual ha pasado del 7,28 por ciento en 2009 al 5,71 en 2012, y los reingresos anuales del 29,5 por ciento en 2009 al 21,9 en 2011, siendo los pacientes pluripatológicos los que más han reducido los reingresos al mes y al año, pasando del 9,3 al 5 y del 32 al 29,7 respectivamente.

La marca de calidad Sociosanitaria hecha por y para los profesionales sanitarios

- Normalización del sector sanitario.
- Certificación de organizaciones sanitarias.
- Formación de profesionales sanitarios.
- Realización de jornadas y congresos.



Fundación |
Ad Qualitatem
Calidad Sanitaria

Q

Fundación Ad Qualitatem
Villanueva, 24 - Madrid 28001
[T] 91 575 97 59; [F] 91 575 93 59
info@fundaq.org
www.fundaq.org



SEMI/ Todo comenzó en 2001, con una base de datos entre 30 centros hospitalarios

Riete, el mayor registro del mundo de pacientes con ETV

- Actualmente agrupa 24 países, más de 300 hospitales y más de 47.000 pacientes
- Esta cohorte de pacientes sirve de base para numerosos estudios clínicos

GM R.C.
Madrid

Con el objetivo fundamental de ayudar a los médicos en la evaluación de las diversas opciones de tratamiento existentes, Manuel Monreal, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Germans Trias i Pujol, puso en marcha en 2001 el Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad Tromboembólica Venosa (Riete).

Con un grupo de solo treinta hospitales en sus inicios, Monreal pretendía arrojar un poco de luz en el tratamiento con fármacos anticoagulantes de esta patología, que puede manifestarse en forma de embolia pulmonar (EP) o trombosis venosa (TV). En su opinión, "las guías de práctica clínica recomiendan siempre un tratamiento homogéneo al no existir estudios con muestras amplias de pacientes", una circunstancia que no concuerda con los diferentes perfiles de pacientes que existen, que requieren la individualización de las pautas de tratamiento.

Y lo que comenzó con solo treinta centros se ha convertido en la actualidad, gracias a su traducción al inglés en 2006 y a una importante tarea de difusión, en

una gran base de datos que agrupa a 24 países y a más de 300 hospitales, ofreciendo cifras de más de 47.000 pacientes. Y no solo a nivel europeo con países como Italia, Francia, Alemania o Bélgica, sino también a nivel mundial con participantes como Estados Unidos, Canadá, Venezuela, Argentina, Brasil o Chile.

Una gran cantidad de países capaces de generar un volumen de

información que es el que permite, tal y como asegura Monreal, "que vayamos aprendiendo a diagnosticar, a tratar y a prevenir mejor la enfermedad en estos pacientes". Y todo ello, apunta Monreal, "respetando en todo momento la privacidad del paciente".

Resultados

Además de ayudar en la evaluación clínica de los pacientes por



Manuel Monreal, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Germans Trias y Pujol y coordinador del Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad Tromboembólica.

parte del profesional sanitario en la consulta diaria, esta gran base de datos mundial también ha servido y sirve en la actualidad para la publicación de importantes estu-

dios sobre enfermedad tromboembólica venosa.

Concretamente en el 24º Congreso de la Sociedad Internacional de Trombosis y Homeostasis, celebrado en Amsterdam entre el 29 de junio y el 4 de julio, se presentaron importantes resultados procedentes precisamente de esta cohorte de pacientes. Una de las comunicaciones presentadas, por ejemplo, analizó en qué pacientes con TV y/o EP es más conveniente y hasta qué punto es útil la colocación de un filtro en la vena cava.

Además, se presentaron también datos del riesgo de que pacientes con TV o EP puedan sufrir una nueva TV o EP e incluso un infarto de miocardio o un ictus, con el objetivo de que su identificación pueda ayudar a una mejor prevención. Y también relacionado con la prevención, se presentaron escalas de riesgo de hemorragia en pacientes con insuficiencia renal o cáncer.

Información y bases www.premiosbic.com

VIII Premios Best in Class edición 2013

a la mejor

Unidad de Diabetes

en calidad asistencial a sus pacientes

Ampliado el plazo de inscripción hasta el **30 de julio**

Organizan: **GACETA MÉDICA** **Colaboran:** **SEEN** **DIABETES**

Más información: Secretaría de los VIII Premios Best in Class, Patricia Palomera. Telf. 91 383 43 24 - E-mail: ppalomera@premiosbic.com

SEMI/ Estudio sobre la prevención de las enfermedades cardiovasculares

Predimed, referencia en la práctica clínica para la prevención cardiovascular

- El estudio constata que la dieta mediterránea reduce un 30% el riesgo cardiovascular

GM CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La investigación es la esencia del estudio Predimed, un ensayo clínico multicéntrico llevado a cabo entre los años 2003 y 2011 en donde se evalúa la eficacia de la dieta mediterránea en la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. El ensayo, financiado por el Instituto de Salud Carlos III por medio de las redes temáticas de investigación cooperativa y

del CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), constata que la dieta mediterránea enriquecida con fruta seca y aceite de oliva virgen extra reduce en un 30 por ciento el riesgo de infarto de miocardio, de accidente vascular cerebral o de muerte por causa cardiovascular. Ramón Estruch, investigador principal del estudio, ha asegurado a GM que los resultados aportan elementos de referencia en la práctica clínica dirigida a prevenir enfermedades

cardiovasculares. "Podemos presumir de que hemos demostrado la importancia de la dieta mediterránea con este estudio".

Resultados

Así, Estruch indica que los resultados del estudio tienen una gran trascendencia ya que muestran que una dieta alta en grasa vegetal es más cardiosaludable que una dieta baja en todo tipo de grasas. En este sentido, "el estudio aporta nuevos datos científicos para desestimar la



Ramón Estruch, coordinador del estudio Predimed, asegura que se trata de un equipo multidisciplinario formado por 16 grupos de investigación distribuidos en siete CC.AA.

idea de que es necesario reducir la grasa de la dieta para tener mejor salud cardiovascular". Además, la prevención de las enfermedades

cardiovasculares desde Atención Primaria supone un ahorro significativo, tanto en las intervenciones como en los medicamentos.

SEMI Trabajan en el desarrollo de metodología para documentos de patologías múltiples

Las guías actuales no se adaptan al paciente crónico

- La pluripatología, que aumenta con la edad, requiere nuevos planteamientos
- El reto es controlar múltiples factores pero ofreciendo instrucciones comprensibles

GM C.O.
Barcelona

El paciente crónico no suele presentar una única enfermedad, sino varias de manera concomitante. Es por tanto un perfil que no se adapta al diseño de las guías de práctica clínica, desarrolladas para una sola patología.

Ante esta necesidad no cubierta, que se agrava con el envejecimiento de la población, la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), en colaboración con la Sociedad Española de Medicina de Familia, ha trabajado en el desarrollo de unas bases mínimas metodológicas que permitan crear guías de patologías múltiples, que “aporten un resultado comprensible, de alta calidad científica y aplicable para el paciente”, según puntualiza Emilio Casariego, vicepresidente primero de esta sociedad.

Además de intentar “cubrir el hueco metodológico”, están consensuando los aspectos terminológicos, ya que “existe mucha confusión sobre términos como comorbilidad, multimorbilidad o pluripatología, ¿son lo mismo?”, apunta.



Emilio Casariego, vicepresidente primero de la SEMI, opina que el reto en Medicina Interna es renovar las guías en base a las necesidades de una población cada vez más envejecida.

Uno de los mayores problemas en Medicina Interna es que “se están quedando anticuados los esquemas de toda la vida”, valora este experto, remarcando que en el centro donde trabaja, el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, los pacientes que tienen insuficiencia cardiaca presentan un promedio de enfermedades crónicas de 5,4. La cantidad de variables a tener en cuenta hace

muy complejo el abordaje apropiado de estos pacientes y evidencia la necesidad de nuevos planteamientos.

Casariego matiza que, aunque algunos de estos documentos contienen pequeños añadidos o alertas de cuestiones muy específicas en patologías concretas, o algunos tratan pares de enfermedades, en general esa información no es suficiente para el manejo clínico.

ONCOLOGÍA

La presencia de VPH puede multiplicar por 130 el riesgo de sufrir cáncer orofaríngeo

GM REDACCIÓN
Madrid

La presencia del virus del papiloma humano (VPH) puede llegar a multiplicar por 130 el riesgo de desarrollar un tumor de la orofaringe. Así concluye un estudio publicado en la revista *Journal of the National Cancer Institute*, en el que ha participado Xavier Castellsagué, del Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer del Instituto Catalán de Oncología (ICO).

Este estudio, que forma parte del proyecto Arcage, ha comparado la presencia en sangre de anticuerpos contra el VPH en una muestra de 1.425 personas sanas y 1.496 pacientes con cáncer del tracto areo-digestivo, que engloba los tumores de cavidad oral, de faringe, laringe y esófago. Una muestra de la que se ha concluido que la presencia de VPH, en concreto de VPH16, aumenta muy significativamente el riesgo de desarrollar cáncer maligno de la orofaringe.

Tal y como se demuestra en los resultados de esta investigación, el VPH16 solo estaba presente en el 0,8 por ciento de los casos, llegando este porcentaje al 30,2 por ciento en el caso del grupo de enfermos. Además, se



Xavier Castellsagué, del Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer.

observó que la presencia de dos anticuerpos de VPH16, el E6 y el E7, era muy poco frecuente en personas sanas (solo un caso de 1.425 personas) y que llegaba incluso a multiplicar por 800 el riesgo de desarrollar la enfermedad si se detectaban a la vez en el mismo individuo.

Toda una batería de datos que vienen a unirse a los publicados recientemente en el *Journal of Clinical Oncology*, con participación del ICO, que mostraban que un tercio de las personas que desarrollaban esta patología tenían anticuerpos contra el VPH hasta 12 años antes de desarrollar el tumor.

CARDIOLOGÍA El trabajo ha sido publicado en la revista *Nature*

La competencia celular, responsable de optimizar el desarrollo embrionario

- Las “células vencedoras” son aquellas con un nivel mayor de proteínas Myc

GM REDACCIÓN
Madrid

Investigadores del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC) han descubierto que, en los primeros estadios embrionarios de los mamíferos, las células se embarcan en una batalla por la supervivencia en la que aquellas menos activas son eliminadas por sus hermanas.

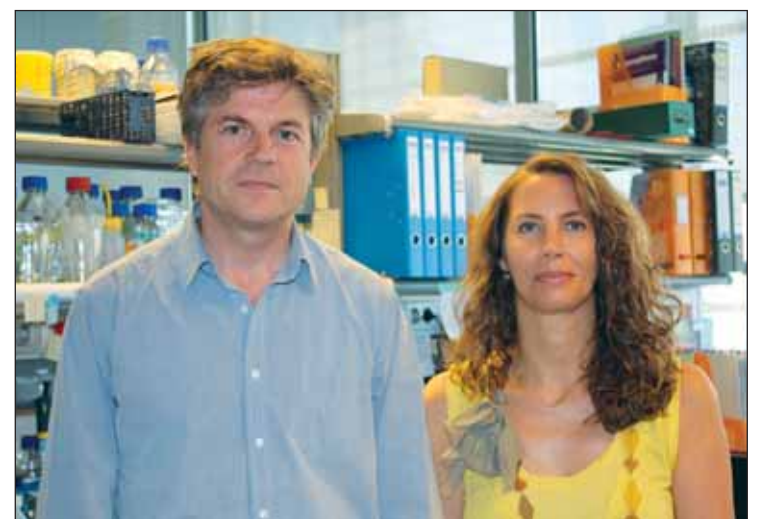
Este fenómeno de competición celular, ya descrito en 1975 por los investigadores españoles Ginés

Morata y Pedro Ripoll, se produce exactamente entre los días tres y siete de desarrollo del ratón, durante los cuales el embrión “se convierte en un todos contra todos”, explican Cristina Clavería, primera autora del artículo, y Miguel Torres, director de la investigación y del Departamento de Desarrollo y Reparación Cardiovascular del CNIC.

Gracias a este fenómeno de optimización, el organismo es capaz de “seleccionar las células teóricamente más aptas para soportar funciones vitales”, expli-

ca Clavería, un aspecto que se vuelve especialmente importante en organismos longevos como los seres humanos, que deben mantener la funcionalidad de sus tejidos durante toda la vida. Y, en caso de que este mecanismo de competición celular se frenara y sobrevivieran las “células perdedoras”, obteniendo un organismo probablemente menos apto, la duda que se plantea es “en que sentido será menos apto”, apunta Torres.

Pero, ¿qué diferencia a las células perdedoras de las vencedoras?



Miguel Torres, director de la investigación y del Departamento de Desarrollo y Reparación Cardiovascular del CNIC, y Cristina Clavería, primera autora de este trabajo.

El nivel de proteínas Myc, controladoras de la capacidad metabólica celular, que se muestra en mayor cantidad en estas últimas.

Otro aspecto a destacar de esta investigación es el hecho de

que las células perdedoras, al morir, son engullidas por las ganadoras, de manera que se reciclan y se aprovechan todos sus nutrientes en beneficio del futuro embrión.

