MADRID MÉDICO 1º

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Nº205 | 1 de noviembre de 2026

La revista de los más de 56.000 médicos de Madrid

DESPRESCRIPCIÓN

¿Cuándo es momento de retirar un medicamento?



ALTO IMPACTO INVESTIGACIÓN

La inteligencia artificial se anticipa al cáncer

REPORTAJE CUIDADOS PALIATIVOS

Cuando cambian las prioridades del tratamiento

REPORTAJE DELIRIUM

Prevenirlo marca la diferencia

LA ENTREVISTA

Cristina Domínguez González y nos habla sobre los avances de las enfermedades neuromusculares

En este número



50

LATIDOS SOLIDARIOS

Cooperar transforma

Carmen Hernández y la cirugía en Turkana: atender, formar y aprender con los equipos locales.

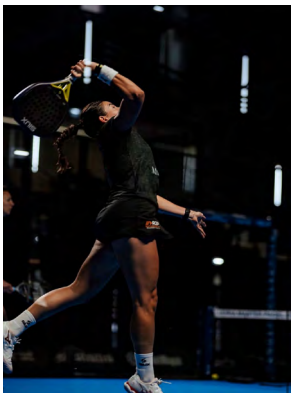


54

MEDICINA PERSONAL

Elegir la propia vida

Elena Benítez: desgaste profesional y conciliación.



62

MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA

Medicina y Pádel

Bárbara Las Heras, entre consulta y competición.

MADRID MÉDICO 1º

La revista de los más de 56.000 médicos de Madrid

Núm. 205 · 1 de noviembre de 2026

CONTACTO

C/ Santa Isabel, 51
28012 Madrid

comunicacion@icomem.es
www.icomem.es
915 385 164

DIRECTOR

Manuel Martínez-Sellés

Queda prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos publicados en este ejemplar sin autorización expresa del boletín: comunicacion@icomem.es. Las opiniones vertidas en los artículos publicados son responsabilidad exclusiva del autor y no necesariamente representan la opinión del ICOMEM.

Boletín Primero Medicina © 2024 · Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
Licencia Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0).

Los contenidos y sus páginas de inicio

05 **EDITORIAL**
Lo que no cabe en una receta

06 **FONENDO**
Desprecipción orientada al paciente

08 **ACTUALIDAD**
Vivienda saludable y humanización

10 **ACTUALIDAD**
Ingresos involuntarios en salud mental

12 **ALTO IMPACTO**
Inteligencia artificial y biología del cáncer.

15 **VERSUS**
¿Debe retirar un fármaco solo el médico que lo prescribió?

18 **REPORTAJE**
La desprecipción también es tratar

22 **REPORTAJE-FARMACOLOGÍA**
La falta de evidencia en la desprecipción

26 **REPORTAJE CUIDADOS PALIATIVOS**
Cuando retirar, mantener o iniciar

34 **EL RINCÓN DEL RESIDENTE**
Cuando retirar la pastilla

36 **FIRMA INVITADA**
Juan Tamargo Menéndez, catedrático emérito en Farmacología

40 **REPORTAJE**
Descubriendo el delirium

43 **ABORDAJE INTEGRAL**
Cáncer de próstata

46 **ÁNÉCDOTA**
Tormentas de verano. Un caso de malos tratos.

48 **ENTRE DOS MUNDOS**
Bebidas energéticas: el riesgo inocente

50 **LATIDOS SOLIDARIOS**
Cooperar transforma. Cirugía en Turkana

54 **MEDICINA PERSONAL**
Elena Benítez: «Elijo mi vida»

56 **COLUMNA DERMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**
Sonría, por favor: una prescripción sin efectos secundarios

58 **LO QUE NOS LLEGA DE OTROS COLEGIOS**
Ciudad Real planta cara a las agresiones a médicos

60 **EN EL CORAZÓN DE LA MEDICINA**
La fase final de la vida (I)

62 **MÁS ALLÁ DE LA MEDICINA**
Bárbara Las Heras: entre la Medicina y el pádel de élite

66 **SALA DE ESPERA**
Libros escritos por médicos

68 **IN MEMORIAM**
Santiago Navío Niño

70 **FORMACIÓN CONTINUADA**
Ecografía básica y lesiones deportivas

72 **QUIZ MIR**
Preguntas del examen MIR 2026

74 **MIS PACIENTES DEL PRADO**
Pietro Manna, médico de Cremona

76 **LA ENTREVISTA**
Cristina Domínguez González: tratar antes de que aparezcan los síntomas

Santander

COLECTIVOS PROFESIONALES

Profesionales de la Salud

Descubre los productos y servicios adaptados a profesionales colegiados del sector salud como médicos, farmacéuticos, odontólogos, ópticos optometristas, enfermeros y más.



- Sin comisión de administración y mantenimiento.
- Tarjetas para tus compras y gestiones diarias.
- Acceso a financiación con condiciones exclusivas.

Contratar cuenta →

Infórmate y solicita tu cuenta para profesionales.

Servicios

Para tu día a día

¿Cómo contratar?

Lo que no cabe en una *receta*

No todas las consultas terminan con una receta. A veces, lo más importante que hace un médico es escuchar, resolver una duda, hablar con otro especialista o decidir que, por el momento, lo mejor es no cambiar nada. Son decisiones que apenas se ven, que no siempre quedan reflejadas en un informe, pero que pueden marcar una gran diferencia para el paciente.

La deprescripción, uno de los temas centrales de este número de Madrid Médico, es un buen ejemplo. Retirar un medicamento, ajustar un tratamiento o decidir si sigue siendo necesario no consiste simplemente en tacharlo de una lista. Hay que conocer al paciente, revisar su historia, valorar los riesgos y hablar con él. Y, sobre todo, hace falta algo que muchas veces escasea en las consultas: tiempo para pensar.

Porque ningún paciente llega a la consulta con su historia empezando de cero. Detrás hay años de enfermedades, tratamientos, visitas a especialistas y decisiones médicas. A veces, el profesional conoce bien ese recorrido. Otras, tiene que reconstruirlo a partir de informes, pruebas, recetas o lo que cuenta un familiar. Y ordenar todas esas piezas lleva tiempo.

El problema es que buena parte de ese trabajo apenas cuenta cuando se mide la actividad sanitaria. Sabemos cuántos pacientes se atienden, cuántas pruebas se solicitan o cuántas intervenciones se realizan. Pero es mucho más difícil poner cifras al tiempo que un médico dedica a revisar un caso, consultar una duda con un compañero o mantener una conversación que ayuda a tomar una decisión.

Y lo que no se mide corre el riesgo de perder importancia. Sin embargo, conocer al paciente, hacer un seguimiento de su evolución o poder retomar una conversación pendiente son aspectos fundamentales de una buena atención. No deberían depender únicamente del esfuerzo personal de los profesionales. También necesitan tiempo, recursos y una organización que los haga posibles.

En este número encontramos otros ejemplos de esa medicina que va mucho más allá de una consulta o de una intervención. La atención a niños con enfermedades complejas exige escuchar a las familias, tomar decisiones compartidas y acompañarlas durante años. Y la experiencia de Cirugía en Turkana nos recuerda que el compromiso médico tampoco termina cuando acaba una operación. Tan importante como intervenir es pensar en qué ocurre después y cómo dar continuidad a los cuidados.

Desde Madrid Médico queremos prestar atención también a esa parte menos visible de la profesión. Es importante hablar de avances científicos, nuevas técnicas y resultados. Pero también lo es contar cómo trabajan los médicos, a qué dificultades se enfrentan y qué necesitan para atender mejor a sus pacientes.

Al final, la cuestión es bastante sencilla. Si queremos que los médicos escuchen, revisen tratamientos, compartan decisiones y acompañen a sus pacientes, tenemos que darles la posibilidad real de hacerlo. No basta con pedir una atención más humana y de mayor calidad si después no hay tiempo para ofrecerla.

Porque la medicina que queremos no se demuestra solo en los grandes avances. También se decide cada día, en el tiempo que dejamos para una consulta.

Desprescripción

de la inercia a una prescripción personalizada orientada a objetivos

Manuel Martínez-Sellés
Presidente del Colegio de Médicos de Madrid



Los avances farmacológicos han hecho que la polimedicación sea hoy uno de los grandes retos de la medicina. Tenemos pacientes que se toman más de 10 o 20 comprimidos diarios y el envejecimiento poblacional puede hacer que esto sea cada vez más común. Suspender fármacos cuando no aportan nada o cuando los riesgos superan los beneficios, debería ser un objetivo asistencial y la necesidad de cada tratamiento debería ser revisada periódicamente. Creo que hay dos factores que es especialmente necesario tener en cuenta: 1) la obsesión en seguir guías de práctica clínica. Indudablemente las guías son importantes, pero se basan en resultados obtenidos en pacientes relativamente jóvenes con poca comorbilidad; 2) la inercia "de mantenimiento", prescribiendo fármacos que o nunca estuvieron indicados o que fueron apropiados cuando se iniciaron, pero ya no lo son. Esto último es muy frecuente en consultas orientadas a resolver problemas agudos en las que no se revisa sistemáticamente la medicación. Iniciativas como "Deprescribing.org" pueden ser de ayuda a la hora de cambiar nuestra práctica clínica y preguntarnos si los fármacos siguen teniendo sentido para ese paciente.

Las guías NICE ya recomiendan explícitamente valorar la carga de enfermedad y tratamiento, establecer los objetivos y prioridades del paciente y revisar los beneficios y riesgos individualizados de cada fármaco. Y puestos a retirar también es bueno recomendar dejar de tomar lo que creamos que no aporte nada y pueda dificultar el cumplimiento con el tratamiento farmacológico, como suplementos, productos homeopáticos o de herbolario, preparados vitamínicos y otros. Por otro lado, aunque MUP ha sido un gran avance, no basta con consultar la receta electrónica, es necesario comprobar qué toma realmente el paciente y clasificarlo en escalera como imprescindible, de beneficio sintomático, preventivo, de beneficio dudoso o nulo y potencialmente perjudiciales. Hay que recordar que los riesgos pueden ser especialmente altos en personas mayores, frágiles o con insuficiencia renal/hepática y también que, aunque la mayoría puede suspenderse directamente, algunos requieren una reducción progresiva. Siempre debemos explicar al paciente el porqué.

Mi experiencia es que decir algo tipo "el fármaco podía tener sentido cuando se inició, pero ahora ya no aporta suficiente beneficio frente a sus posibles efectos adversos y a la carga que supone tomarlo" es algo que los enfermos entienden bien. Esto evita presentar la retirada como algo negativo o sugerir que la prescripción anterior fue incorrecta. Es urgente mejorar la formación y conseguir que la deprescripción no sea una competencia exclusiva de geriatras, internistas, paliativistas o farmacólogos clínicos. Todos los médicos prescribimos y todos deberíamos aprender a deprescribir en la facultad, en la residencia y en los programas de formación continuada. No hacerlo implica aumentar el gasto pero, sobre todo, poner en riesgo a nuestros pacientes.

UNITECO
CORREDURÍA DE SEGUROS

SEGURO DE SALUD



Sin Copago y sin carencias**

Los cuadros médicos más completos para ti y tu familia

Asistencia en viaje en todo el mundo

Desde **42,50€** al mes*

Contacta con nosotros:

91 504 15 95 **icomem@uniteco.es**

*Validez de la oferta para pólizas emitidas hasta 31 de diciembre de 2026.
**Periodo de carencia de 10 meses para parto.

UNITECO PROFESIONAL CORREDURÍA DE SEGUROS SL. Pez Volador, 22. 28007 Madrid. Tel.:97 504 SS 76. Fax: 97 504 7S 76. C.I.F. B - 7932539S. Correduría de Seguros inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el Nº J-664. Tiene concertado Seguro de Responsabilidad Civil, previsto en el artículo 757.7 g) del Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales. Registro Mercantil de Madrid. Libro de sociedades Hoja Nº 74.986-2, Folio 742, Tomo 70.777, Sección 4ª.



La **salud** debe incorporarse en la *política de vivienda*

El presidente del ICOMEM intervino en el III Congreso Nacional de Arquitectura Saludable, que reunió en Madrid a representantes de la medicina, la arquitectura y las administraciones públicas para abordar el impacto del entorno construido en la salud.

La relación entre el lugar donde vivimos y nuestra salud fue uno de los ejes del **III Congreso Nacional de Arquitectura Saludable**, celebrado el 20 de octubre en el Colegio Oficial de Arquitectos de Madrid (COAM). El encuentro, organizado por el Observatorio de Arquitectura Saludable (OAS), contó con la participación del presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Manuel Martínez-Sellés.

Bajo el lema «Rehabilitar y Regenerar para Cuidar», el congreso abordó cómo la transformación de edificios, viviendas y espacios urbanos puede contribuir a prevenir problemas de salud, mejorar el bienestar y favorecer la calidad de vida de la población.

Martínez-Sellés participó en la mesa redonda dedicada a las políticas públicas de rehabilitación, regeneración urbana y vivienda saludable, junto al eurodiputado Marcos Ros, la subdirectora general de Políticas Urbanas del Ministerio de Vivienda, Sonia Hernández, y David Sierra, director de Proyectos y Sostenibilidad de Metrovacesa.

El debate situó la salud como uno de los criterios que deben incorporarse a las políticas de vivienda y planificación urbana, junto a la sostenibilidad, la accesibilidad y la eficiencia energética.

El programa incluyó también cuestiones como la calidad del aire interior, la iluminación, el confort acústico, la elección de materiales saludables y la adaptación de los edificios a las necesidades de las personas.

El encuentro puso de relieve la importancia de conectar el conocimiento médico con la arquitectura y el urbanismo para avanzar hacia entornos que no solo respondan a necesidades funcionales, sino que también favorezcan la salud de quienes los habitan.■



Escucha y empatía frente al avance tecnológio en la medicina

El presidente del Colegio de Médicos de Madrid defendió la necesidad de reforzar la formación humanística de los futuros médicos durante la presentación del nuevo Modelo Afectivo-Efectivo, impulsado por Johnson & Johnson y Cátedras en Red.

«Si queremos seguir existiendo como profesión, tenemos que cambiar cuál es la visión que tenemos del futuro de la medicina». Con esta reflexión, el presidente del Colegio de Médicos de Madrid, Manuel Martínez-Sellés, abrió su intervención en la jornada organizada el 19 de octubre por J**ohnson & Johnson** y **Cátedras en Red** en la sede colegial, dedicada a los nuevos desafíos de la humanización sanitaria.

Martínez-Sellés expresó su preocupación por el protagonismo que están adquiriendo la robótica, la inteligencia artificial y otras tecnologías en la formación de las nuevas generaciones de médicos. Sin cuestionar sus avances, advirtió del riesgo de relegar los aspectos humanos de la asistencia y aseguró que «*humanizar es hoy en día muy importante, pero va a ser mucho más importante dentro de 50 o 100 años*». Para ilustrarlo, recordó una reflexión atribuida a Gregorio Marañón, quien habría señalado la silla como uno de los grandes avances de la medicina por permitir al profesional sentarse junto al paciente, escucharle y explorarle.

El presidente también relacionó la creciente longevidad de la población madrileña con la necesidad de mejorar las competencias profesionales. Atender a pacientes cada vez más mayores, señaló, exige reforzar las habilidades de comunicación, empatía y compasión, tanto en las facultades de Medicina como durante la formación especializada.

Durante el encuentro se presentó el informe **Modelo Afectivo-Efectivo**: una evolución adaptada a los retos de la atención sanitaria del futuro, que actualiza la propuesta de 2017. Elaborado con la participación de más de 30 instituciones y expertos, establece diez bloques de actuación con objetivos e indicadores para incorporar la humanización a la organización sanitaria y evaluar sus resultados.Entre sus prioridades figuran la participación del paciente en las decisiones clínicas, la personalización de los tratamientos, el uso ético de los datos sanitarios y la evaluación de la experiencia asistencial.

La jornada reunió a profesionales sanitarios, representantes de pacientes y expertos para analizar cómo trasladar estas propuestas a la práctica clínica, con especial atención a los retos que plantean el envejecimiento, la cronicidad y la transformación tecnológica del sistema sanitario. ■

Los *psiquiatras* alertan de los riesgos de la nueva regulación de los ingresos involuntarios en salud mental

La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental advierte de las posibles consecuencias para los pacientes con trastornos mentales graves y sus familias. Sanidad aclara que se mantienen los criterios de ingreso y abre un proceso de participación hasta el 6 de noviembre.

La Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), junto con una veintena de sociedades científicas autonómicas y monográficas, ha expresado su preocupación por las consecuencias que podría tener la nueva regulación de los ingresos involuntarios en pacientes con trastornos mentales graves. Los especialistas advierten de que una interpretación restrictiva de la ley podría dificultar el acceso a la atención hospitalaria, generar inseguridad jurídica y trasladar una mayor responsabilidad asistencial a las familias.

La advertencia, recogida también en la revista Madrid Médico, se refiere al artículo 13 bis introducido por la Ley 4/2026 en la legislación sobre derechos de las personas con discapacidad. La norma, en vigor desde el 23 de octubre, refuerza las garantías de consentimiento informado, respeto a la voluntad del paciente y reducción de las intervenciones coercitivas, objetivos que las sociedades científicas comparten. Sus reservas se centran en cómo aplicar estas garantías sin comprometer la atención de quienes necesitan un ingreso hospitalario.

El riesgo de dejar sin atención a pacientes graves

En su comunicado, difundido en octubre, la SEPSM advertía de que limitar los ingresos involuntarios a situaciones de «urgencia vital» podía dejar fuera determinadas situaciones clínicas que requieren una intervención especializada.

Entre los ejemplos señalados figuran pacientes con psicosis y abandono grave del autocuidado, trastornos de la conducta alimentaria con deterioro progresivo o personas con riesgo suicida elevado sin una amenaza inmediatamente identificable para la vida.

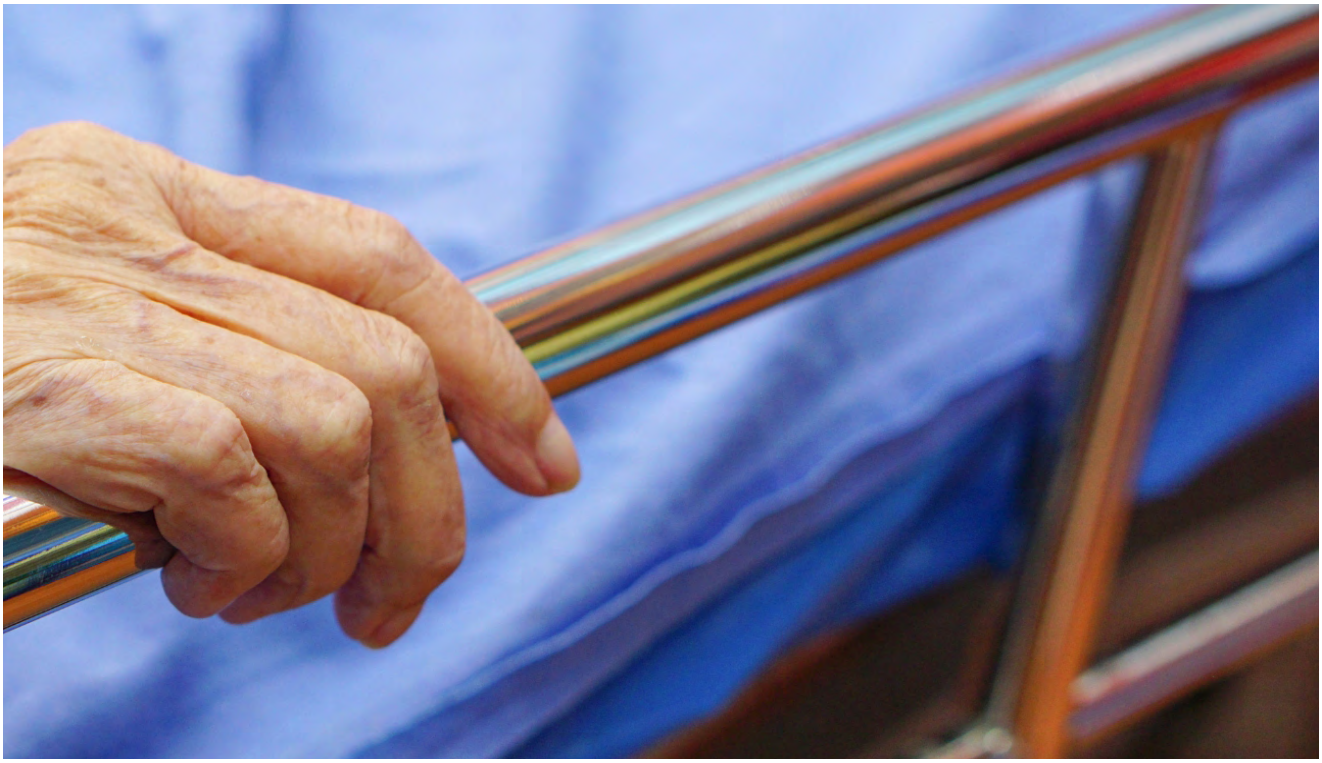
Las sociedades científicas también alertan de las consecuencias para las familias, que podrían tener que asumir situaciones de gran complejidad clínica sin contar con apoyos suficientes. En este sentido, reclaman reforzar los equipos de atención comunitaria, la hospitalización a domicilio, los centros de crisis y los dispositivos de apoyo familiar.

Los especialistas insisten en que proteger los derechos de las personas con trastornos mentales graves exige garantizar tanto su autonomía como el acceso a los tratamientos que necesitan, especialmente cuando la propia enfermedad limita su capacidad para reconocer la gravedad de su situación.

Sanidad aclara que se mantienen los criterios de ingreso

Tras las preocupaciones expresadas por las sociedades científicas, el Ministerio de Sanidad mantuvo una reunión con representantes de los profesionales, pacientes y familiares para aclarar el alcance de la reforma.

El Ministerio ha confirmado que el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil continúa plenamente vigente y que siguen siendo posibles tanto los ingresos involuntarios programados como los urgentes. Estos últimos no quedan limitados exclusivamente a situaciones de «urgencia vital».



El procedimiento mantiene la autorización judicial previa como regla general. Cuando las circunstancias clínicas justifican un ingreso urgente que no puede esperar a esa autorización, el centro debe comunicarlo al juzgado en un máximo de 24 horas, con ratificación judicial en las 72 horas siguientes a la comunicación.De este modo, Sanidad precisa que la nueva regulación no elimina los ingresos involuntarios clínicamente justificados, aunque refuerza las garantías que deben acompañar estas intervenciones.

Más garantías y documentación clínica

Uno de los principales aspectos de la reforma es la necesidad de justificar y documentar adecuadamente las decisiones asistenciales.

En los supuestos previstos por el artículo 13 bis, los profesionales deberán tener en cuenta las voluntades anticipadas del paciente cuando no pueda decidir, facilitar los apoyos necesarios para la toma de decisiones y dejar constancia de las alternativas voluntarias valoradas antes del ingreso.

La historia clínica deberá recoger los motivos por los que estas alternativas no resultaron adecuadas, fueron insuficientes, se rechazaron o no estaban disponibles. También deberá documentarse que el paciente ha recibido información sobre sus derechos y garantías procesales.

El Ministerio ha aclarado que corresponde al personal sanitario informar de estos derechos, pero no asumir las funciones propias de las garantías judiciales.

La reforma establece asimismo que las contenciones deben reservarse para situaciones excepcionales, documentarse y someterse posteriormente a una evaluación como incidentes relacionados con la seguridad del paciente. En el caso de niños y adolescentes, Sanidad confirma que se mantiene la legislación específica de protección y el procedimiento judicial vigente.

Los médicos pueden presentar aportaciones hasta el 6 de noviembre

El Ministerio de Sanidad ha abierto una consulta pública previa para desarrollar reglamentariamente el artículo 13 bis y concretar su aplicación en la práctica asistencial.

La SEPSM anima a sus asociados a participar y trasladar las dudas y dificultades que puedan surgir en los servicios de salud mental. También está prevista la elaboración de un documento práctico de recomendaciones, con participación de sociedades científicas y organizaciones de pacientes y familiares.

Paralelamente, la Ley 4/2026 establece un plazo máximo de un año para que el Gobierno remita a las Cortes Generales un proyecto de ley orgánica de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Las aportaciones pueden enviarse hasta el 6 de noviembre de 2026 al correo: **comsaludmental@sanidad.gob.es** ■

«El conocimiento humano puede ayudar a la IA y la IA puede ayudarnos a mirar de otra manera»



La forma de un tumor ofrece pistas sobre su biología. Ahora la inteligencia artificial permite explorar esas relaciones para que estos hallazgos beneficien la atención del paciente. Pero, ¿cómo podemos comprobar en qué se basan sus predicciones, y lo más importante, cómo pueden ayudar en la toma de decisiones?

En el artículo publicado en NPJ Precision Oncology, la doctora Esther Conde explica qué significa observar una muestra desde la «morfología deliberada», cómo pueden aprender entre sí el patólogo y la máquina y qué falta para integrar estas herramientas en los circuitos asistenciales.

"Conde E, et al. A Boveri perspective on cancer biomarker testing using artificial intelligence. NPJ Precis Oncol. 2026 Sep 8;10(1):350."

Esther Conde

Patóloga del grupo de Patología Molecular y Computacional del imas12.



Una imagen al microscopio puede contener pistas sobre las alteraciones moleculares de un tumor. ¿Qué puede llegar a "contar" la morfología de un cáncer sobre su biología?

Mucho más de lo que a veces pensamos. La morfología es la expresión visible de lo que está ocurriendo dentro de la célula tumoral. De hecho, desde hace muchos años, sabemos que determinadas alteraciones moleculares se asocian a patrones morfológicos concretos. La inteligencia artificial nos permite ahora estudiar estas relaciones a una escala y con una precisión que antes no eran posibles.

Hablan de «morfología deliberada». ¿Qué significa exactamente y qué cambia respecto a la forma habitual de observar una muestra al microscopio?

Un patólogo experimentado reconoce muchos patrones de manera casi automática.
La morfología deliberada consiste en hacer explícito ese proceso: detenernos a identificar de forma estructurada qué características estamos viendo y describirlas de una manera reproducible.

¿La propuesta consiste, en parte, en convertir ese conocimiento experto en información que también pueda entender y utilizar una máquina?

Exactamente**.** Una parte importante del conocimiento del patólogo es un conocimiento tácito: reconocemos un patrón, pero no siempre verbalizamos todos los pequeños rasgos que nos han llevado a reconocerlo. Lo que proponemos es descomponer esa impresión global en características concretas y estandarizadas. Así podemos construir un lenguaje común entre el patólogo y la máquina.

La IA puede acertar una predicción y, aun así, no sabemos bien por qué la ha hecho. ¿Ese es hoy uno de los principales límites para llevar estos sistemas a la práctica clínica?

Sí. No es el único problema, pero es uno de los importantes.Para que los médicos incorporemos estas herramientas a nuestras decisiones necesitamos confiar en ellas. Y esa confianza es mucho más difícil si el resultado procede de una caja negra que simplemente dice "positivo" o "negativo". Precisamente el artículo parte de que esa falta de confianza está frenando la adopción clínica de estas herramientas.

¿Qué tendría que enseñarnos un algoritmo para que un patólogo pudiera confiar realmente en su resultado?

Idealmente tendría que permitirnos responder a una pregunta muy sencilla: ¿Qué has visto en esta muestra para llegar a esta conclusión?" Eso no significa que tengamos que comprender matemáticamente todo el funcionamiento del algoritmo, pero sí necesitamos comprobar que la señal en la que se basa es reproducible y biológicamente plausible.

Creo que ahí está una de las posibilidades más interesantes.La comunicación puede funcionar en las dos direcciones: nosotros podemos enseñar a la IA qué rasgos conocemos, pero también podemos analizar qué zonas o características está utilizando la IA y preguntarnos si tienen una explicación biológica. Por eso hablamos de un proceso bidireccional: el conocimiento humano puede ayudar a la IA y la IA puede ayudarnos a mirar de otra manera.

En cáncer de pulmón ya existen ejemplos históricos de asociaciones entre determinadas formas tumorales y alteraciones moleculares. ¿Hasta qué punto demuestra que imagen y genómica están relacionadas?

Es un ejemplo muy ilustrativo. Incluso antes de que se descubrieran las mutaciones de EGFR,



De izquierda a derecha Daniel Curto, Esther Conde, Marta Alonso, Susana Hernández y Fernando López-Ríos

ya se había observado que determinados adenocarcinomas pulmonares con un patrón morfológico concreto respondían mejor a ciertos tratamientos. Después descubrimos que detrás de esa asociación estaba una alteración molecular.

¿Podrían estos modelos decidir qué pacientes necesitan determinadas pruebas moleculares o priorizarlas?

Sí, y probablemente esa sea una de sus aplicaciones más realistas a corto plazo. Pero, al menos actualmente, yo lo plantearía fundamentalmente como una herramienta de cribado, no como un sustituto generalizado de las técnicas moleculares que utilizamos como referencia, especialmente la secuenciación masiva o NGS.

Antes de utilizar una herramienta de este tipo con pacientes, ¿qué pruebas tendría que superar?

Justo el año pasado la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) publicó las primeras recomendaciones sobre el uso de la IA para la determinación de biomarcadores. Son las EBAI. Estas guías clasifican los biomarcadores basados en inteligencia artificial en tres clases, según lo que aporta la IA. Este es un marco normativo muy útil como punto de partida.

Desde el punto de vista del paciente,¿dónde podría notarse primero este avance?

Probablemente en varios puntos a la vez, pero destacaría el tiempo de respuesta. El objetivo final no es utilizar inteligencia artificial porque sea una tecnología novedosa. Es conseguir que el paciente reciba el resultado de su prueba molecular y el tratamiento adecuados lo antes posible.

El artículo plantea que la IA pueda incorporarse a los comités moleculares de tumores. ¿Qué papel debería tener?

Yo la veo como un miembro más del equipo, pero no como quien toma la decisión.Puede integrar una gran cantidad de información, detectar asociaciones, proporcionar una segunda lectura o señalar resultados que merece la pena revisar.

En 2022 ya señalaba la IA aplicada a biomarcadores como uno de los grandes cambios que podían llegar a la anatomía patológica. Cuatro años después, ¿qué se ha avanzado de verdad y qué sigue faltando?

En cuatro años hemos pasado, en buena medida, de demostrar que "la IA puede hacerlo" a preguntarnos "cómo podemos utilizarla de forma fiable en los pacientes".Pero todavía falta el paso más difícil: la implementación clínica. Necesitamos su integración en los circuitos asistenciales.Y con este objetivo en mente, el año pasado creamos en el instituto de investigación del Hospital 12 de octubre (imas12) un grupo pionero en España de Patología Molecular y Computacional, porque pensamos que hay que trasladar esta nueva tecnología a la práctica clínica lo antes posible.■

VERSUS

¿Debe retirar un fármaco solo el médico que lo prescribió?

SÍ

Almudena Castro

Jefa de Sección de la Unidad de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Universitario La Paz



Considero que, en principio, la prescripción de un médico debe prevalecer frente a la opinión de otro profesional que atiende al mismo paciente en circunstancias diferentes. Por ello, creo que la decisión de retirar un medicamento debería corresponder al médico que lo prescribió, que es quien estableció inicialmente la necesidad de ese tratamiento.

Esto no significa que no puedan existir situaciones que justifiquen su retirada por otro profesional. Hay excepciones claras, como la aparición de efectos secundarios o una intolerancia al medicamento. En esos casos, evidentemente, puede ser necesario suspenderlo. Pero, fuera de estas circunstancias, considero que debe respetarse la prescripción del médico que indicó el tratamiento.

> «Que un paciente esté bien controlado no significa que ya no necesite el tratamiento»

Esta cuestión adquiere especial importancia cuando hablamos de enfermedades crónicas que requieren tratamiento farmacológico continuado. Es lo que sucede, por ejemplo, con la hipercolesterolemia, especialmente en pacientes que reciben medicación para controlar el colesterol en prevención secundaria, o con la hipertensión arterial.
En la práctica clínica podemos encontrarnos con pacientes que presentan unas cifras de colesterol LDL adecuadas o una tensión arterial perfectamente controlada. Sin embargo, es importante recordar que, en muchas ocasiones, esos buenos resultados se deben precisamente a que están tomando los medicamentos prescritos.

Por tanto, no deberíamos interpretar automáticamente que un paciente ya no necesita un fármaco simplemente porque sus parámetros clínicos sean normales. Si retiramos el tratamiento que mantiene controlado el colesterol LDL, sus niveles pueden volver a elevarse. Lo mismo sucede con la hipertensión: suspender la medicación que permite mantener unas cifras adecuadas puede provocar que la tensión arterial vuelva a descontrolarse.

En definitiva, mi posición es que la retirada de un medicamento debe corresponder, como criterio general, al médico que lo prescribió, salvo que aparezcan efectos secundarios o una intolerancia clara que justifiquen que otro profesional tome esa decisión. ■

VERSUS

¿Debe retirar un fármaco solo el médico que lo prescribió?

NO

Si me hicieran esta pregunta, respondería sin dudar que NO. Si me piden mi opinión sobre si es aceptable retirar una medicación a un paciente sin consultar primero con el médico que la prescribió, mi respuesta sería, como dice la canción: «Depende, todo depende…».

¿Cómo no va a poder retirar un fármaco un colega que atiende posteriormente a mi paciente y juzga que no le es beneficioso ni adecuado en ese momento? No solo puede, es que debe.

Existe un principio lógico de «corresponsabilidad profesional compartida»: cuando un médico evalúa a un paciente, se hace responsable en ese momento de su tratamiento global, sea de la especialidad que sea. Es de sentido común que, si se detecta una interacción grave, un efecto adverso o un fármaco innecesario, cualquier médico (sea de Atención Primaria, Hospitalaria o Urgencias) estaría no solo legitimado, sino deontológicamente obligado a actuar para evitar un daño.Eso sí, debidamente justificado, razonado, habiendo escuchado al paciente y leída con atención su historia clínica y las notas de los demás compañeros que le hayan atendido.

«Que las prisas y la urgencia no nos quiten lo importante». En la época del «copia y pega» conviene recordar que cada paciente es una persona VIVA, es decir, cambiante, no un mineral cristalizado en su «listado de tratamientos crónicos», alguien que evoluciona y a quien le surgen sucesos y situaciones médicas, familiares, sociales que pueden dar la vuelta a su situación vital y, por ende, a sus tratamientos. Por eso, la retirada de un tratamiento farmacológico no debería ser una decisión reservada exclusivamente al médico que lo indicó. La evolución de una enfermedad puede modificar las necesidades terapéuticas.

Un fármaco que estaba correctamente indicado en un momento determinado puede dejar de ser necesario, perder parte de su beneficio o presentar riesgos que antes no existían. Mantener una prescripción únicamente porque procede de otro especialista no siempre sería la mejor opción.

Lo determinante no es quién realizó la prescripción inicial, sino si el medicamento continúa siendo adecuado para la situación clínica actual de ese paciente.También es bueno recordar que nuestro paciente no es «propiedad de nadie», sino objeto de atención de todos al mismo tiempo. En la práctica asistencial, un mismo paciente puede ser atendido por distintos médicos a lo largo del tiempo. Es verdad que esa revisión de los fármacos normalmente recaerá sobre el médico que más le conozca y más le trate. Pero eso no exime a quien lo tenga delante de su mesa de tratarle con el mismo rigor y profesionalidad que a sus pacientes de siempre. Cada uno puede detectar cambios relevantes en su estado de salud, posibles interacciones entre medicamentos, duplicidades o tratamientos cuya indicación convendría revisar. Limitar la capacidad de actuación al prescriptor inicial podría dificultar esa revisión.

A mi juicio, el debate no está en si puedo ajustar, retirar o cambiar un tratamiento que considero necesario, sino en defender una desprescripción razonada, sistemática y multidisciplinar, que cualquier médico, estoy segura, considera esencial para reducir la polimedicación y mejorar la calidad asistencial.



Isabel Cornide
Médico de familia

La postura más común entre profesionales es que desprescribir no es «quitar fármacos», sino un proceso clínico estructurado, basado en la evidencia, centrado en el paciente y coordinado entre especialidades, para optimizar tratamientos y evitar daños y, por qué no, también gastos y molestias a nuestros enfermos.

Según observo en mi consulta y leo en distintas fuentes, la polimedicación es actualmente un problema creciente: el 8,2 % de la población española toma cinco o más fármacos y un 0,9 % presenta polimedicación severa. Un fenómeno asociado al envejecimiento de la población, su cronicidad y la existencia cada vez mayor de tratamientos complejos.

La coordinación entre profesionales es fundamental. Siempre que sea posible, las decisiones deben compartirse con los médicos implicados en la atención del paciente, especialmente cuando se trata de tratamientos muy específicos o complejos. Sin embargo, esa necesaria coordinación no debería impedir que el médico que atiende al paciente pueda actuar cuando exista una justificación clínica suficiente.

Según el informe ético del CGCOM, la desprescripción es parte integral del acto médico, no solo farmacológico, sino también diagnóstico y preventivo.

Los médicos de familia destacan que revisar y retirar medicación innecesaria mejora la calidad de vida, reduce efectos adversos y hospitalizaciones, y estoy de acuerdo. Naturalmente, exige una valoración clínica rigurosa. Es necesario conocer por qué se indicó, cuánto tiempo lleva utilizándose, qué beneficios ha proporcionado y cuáles pueden ser las consecuencias de suspenderlo. También es importante que cualquier modificación quede registrada y que exista un seguimiento posterior.Pero también es cierto que, si se quiere hacer bien, este acto médico tan necesario supone un esfuerzo extra importante que requiere una formación sólida, tiempo para revisar tratamientos (lleva mucho tiempo «bucear» en abundantes anotaciones e informes de la historia clínica digital de cada paciente), una relación médico-paciente basada en la confianza, basarse en decisiones compartidas entre los profesionales que lo atienden (para ello es imprescindible mirar más allá, evitando visiones parciales del paciente) y generosidad para intentar facilitar la vida a nuestros colegas, siendo concisos en los informes y promoviendo la mejor comunicación posible entre nosotros para poder entender la indicación, duración y objetivo buscado con cada tratamiento, así como un respeto mutuo y recíproco a las decisiones del otro; en definitiva, un interés real por trabajar bien y querer mejorar la vida concreta del paciente, no solo sus analíticas.

Es verdad que existen herramientas de desprescripción que utilizan criterios y algoritmos como STOPP/START, LESS-CHRON, criterios Beers…, pero también existen barreras psicológicas que hay que aprender a saltar (la inercia clínica y prescripción automática, la reticencia a modificar tratamientos iniciados por otros especialistas por miedo a equivocarnos), intentando coordinarnos y mirar al paciente íntegramente y no solo en nuestra parcelita. En esto somos especialistas los médicos de Atención Primaria, pero requerimos la colaboración de todos para que se haga posible y sin que se convierta en un fardo insoportable para nadie.

TODOS LO AGRADECEREMOS Y, POR SUPUESTO, NUESTROS PACIENTES ■

Lo que ayer estaba indicado puede no estarlo *hoy*

Un tratamiento que fue adecuado en su momento puede dejar de serlo cuando cambian la situación clínica, las necesidades o los objetivos terapéuticos del paciente. Revisar periódicamente la medicación permite detectar fármacos que ya no aportan el beneficio esperado y valorar su retirada, teniendo en cuenta los riesgos y las condiciones de cada persona.



Revisar los medicamentos, ajustar dosis y retirar tratamientos que ya no aportan beneficios forman parte de una atención segura, especialmente en pacientes mayores con múltiples patologías.

Un medicamento que fue necesario hace cinco años puede haber dejado de serlo. Sin embargo, muchos tratamientos se prolongan durante años sin revisar si mantienen su indicación. Esta inercia cobra especial importancia en España, donde aproximadamente uno de cada tres mayores presenta polifarmacia, definida habitualmente como el uso simultáneo de cinco o más medicamentos.

Tomar varios fármacos no implica necesariamente una prescripción inadecuada, pero aumenta el riesgo de interacciones, reacciones adversas y problemas de adherencia. La desprescripción busca precisamente revisar esa situación: comprobar que cada medicamento sigue siendo necesario y que sus beneficios superan sus riesgos. No se trata de retirar por retirar, sino de adaptar el tratamiento a las necesidades actuales del paciente.

Cuando el tratamiento deja de encajar

Una prescripción adecuada puede dejar de serlo con el paso del tiempo. El envejecimiento, la fragilidad, la aparición de nuevas enfermedades o los cambios en los objetivos asistenciales pueden modificar la respuesta a los medicamentos y su utilidad. Por eso, la revisión debe considerar no solo el control de cada patología, sino también la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida.

El primer paso es conocer toda la medicación que utiliza el paciente, incluidos los productos sin receta y la automedicación. Después, comprobar indicaciones, duración, eficacia, duplicidades, interacciones y posibles efectos adversos. Herramientas como los criterios Beers, STOPP/START, LESS-CHRON o STOPP-Pal ayudan a identificar tratamientos susceptibles de revisión, aunque ninguna sustituye el juicio clínico ni la valoración individualizada.

Suspender un medicamento no siempre significa dejar de tomarlo inmediatamente. Algunos tratamientos requieren reducciones progresivas para evitar síntomas de retirada o fenómenos de rebote. Siempre que sea posible, conviene introducir los cambios de forma secuencial y establecer controles que permitan detectar complicaciones o valorar una eventual reintroducción.

Las benzodiacepinas y los hipnóticos Z merecen especial atención por los riesgos asociados a su uso prolongado, como dependencia, caídas y deterioro cognitivo. También deben revisarse los medicamentos con carga anticolinérgica, los inhibidores de la bomba de protones sin indicación persistente y determinados tratamientos preventivos cuya utilidad puede variar según la situación clínica.

Una decisión clínica compartida

Las revisiones recogidas en el PAPPS 2024 indican que es posible reducir medicamentos y dosis sin observar efectos negativos consistentes sobre la mortalidad, las hospitalizaciones o las visitas a urgencias. Sin embargo, reducir la medicación no garantiza por sí mismo mejores resultados de salud: los beneficios dependen de la intervención y del perfil del paciente.

Persisten obstáculos como la inercia terapéutica, la fragmentación asistencial, la automatización de las renovaciones electrónicas y las reticencias a modificar tratamientos iniciados por otros profesionales. A ello se suma el temor de algunos pacientes a perder protección después de años tomando un medicamento.

Explicar los motivos, escuchar sus preferencias y garantizar el seguimiento, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, resulta esencial para tomar decisiones seguras.

La desprescripción no significa tratar menos, sino proporcionar el tratamiento que el paciente necesita en cada momento. A veces será necesario incorporar un fármaco; otras, ajustar una dosis o retirar uno que ha dejado de aportar beneficios. ■



Natividad Sánchez Marcos

Vicepresidenta 2ª del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (**COFM**)

Qué tener en cuenta antes de cambiar un tratamiento

01 | Datos clave

5 o más medicamentos

La polifarmacia se define como el uso de 5 o más medicamentos.

1 de cada 3

Aproximadamente 1 de cada 3 personas mayores en España toma 5 o más medicamentos.

Riesgos asociados

- Interacciones
- Problemas de adherencia
- Medicamentos potencialmente inapropiados
- Hospitalizaciones y caídas

02 | 5 pasos para la desprescripción

UN PROCESO SISTEMÁTICO PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

1. **Revisar** toda la medicación.
2. **Comprobar** indicación, eficacia y beneficio actual de cada fármaco.
3. **Priorizar** qué tratamientos revisar o retirar.
4. **Reducir** progresivamente cuando exista riesgo de retirada o rebote.
5. **Hacer seguimiento** y reintroducir o modificar si es necesario.

03 | Qué dice la evidencia

MENOS RIESGOS, MÁS SEGURIDAD, MEJORES RESULTADOS

24 %

La revisión de la medicación redujo las caídas en mayores institucionalizados.

OR 0,51

Las intervenciones farmacéuticas redujeron significativamente la utilización de medicamentos potencialmente inapropiados.

68,6 %

En el Centro de Salud Daroca (Madrid), el 68,6 % se retiró completamente las benzodiacepinas.

Otro **13,2 %** redujo significativamente la dosis.

FUENTE: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Apúntate
a tu comida de promoción
2006 · 2001 · 1996



Promoción 2006 sábado, **14 de noviembre** de 2026

Promoción 2001 sábado, **21 de noviembre** de 2026

Promoción 1996 sábado, **28 de noviembre** de 2026

¡QUIERO INSCRIBIRME!

Inscripción previa
Mínimo 15 asistentes

Horario
13:00 a 16:00 h.

Comida en el restaurante La Neurona de Cajal
Sede del ICOMEM (C/Santa Isabel,51)

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID SIN TABACO

Aún faltan *respuestas* sobre cuándo retirar medicamentos

Carlos Sánchez Ferrer, catedrático de Farmacología, advierte de las lagunas de investigación sobre la suspensión de tratamientos prolongados y explica por qué estas decisiones exigen conocer la adaptación del organismo, identificar los síntomas de retirada y valorar el conjunto de la medicación del paciente.

La investigación farmacológica se ha centrado tradicionalmente en probar nuevos medicamentos, estudiar sus efectos y comparar distintas opciones de tratamiento. Su retirada ha recibido menos atención. Sánchez Ferrer reconoce que diseñar estos estudios presenta dificultades metodológicas, económicas y éticas, aunque considera que pueden llevarse a cabo. *«Se puede hacer, todo se puede hacer y todo se puede organizar»,* asegura. El problema es que investigar qué sucede cuando se deja de tomar un fármaco «no es una cosa que se haga con mucha frecuencia».

Esta falta de información complica las decisiones en la consulta. Si no está claro qué consecuencias puede tener la suspensión, mantener el tratamiento puede parecer la opción más segura. *«Ante el temor de una recaída, la tendencia clínica habitual es perpetuar el tratamiento de forma indefinida»*, advierte en sus respuestas escritas.

Esto no significa que las guías clínicas ignoren la desprescripción. El propio Sánchez Ferrer evita generalizar: *«Yo no conozco todas, hay muchísimas especialidades, es imposible saberlo todo»*. Sin embargo, considera que todavía hacen falta recomendaciones más precisas sobre cuándo y cómo retirar determinados tratamientos.

En ausencia de criterios claros, la experiencia del profesional puede acabar teniendo un papel decisivo. *«Yo tengo la sensación de que la retirada de los tratamientos se está decidiendo casi siempre en base a la experiencia personal del médico»*, señala.

Lo que aporta la farmacovigilancia

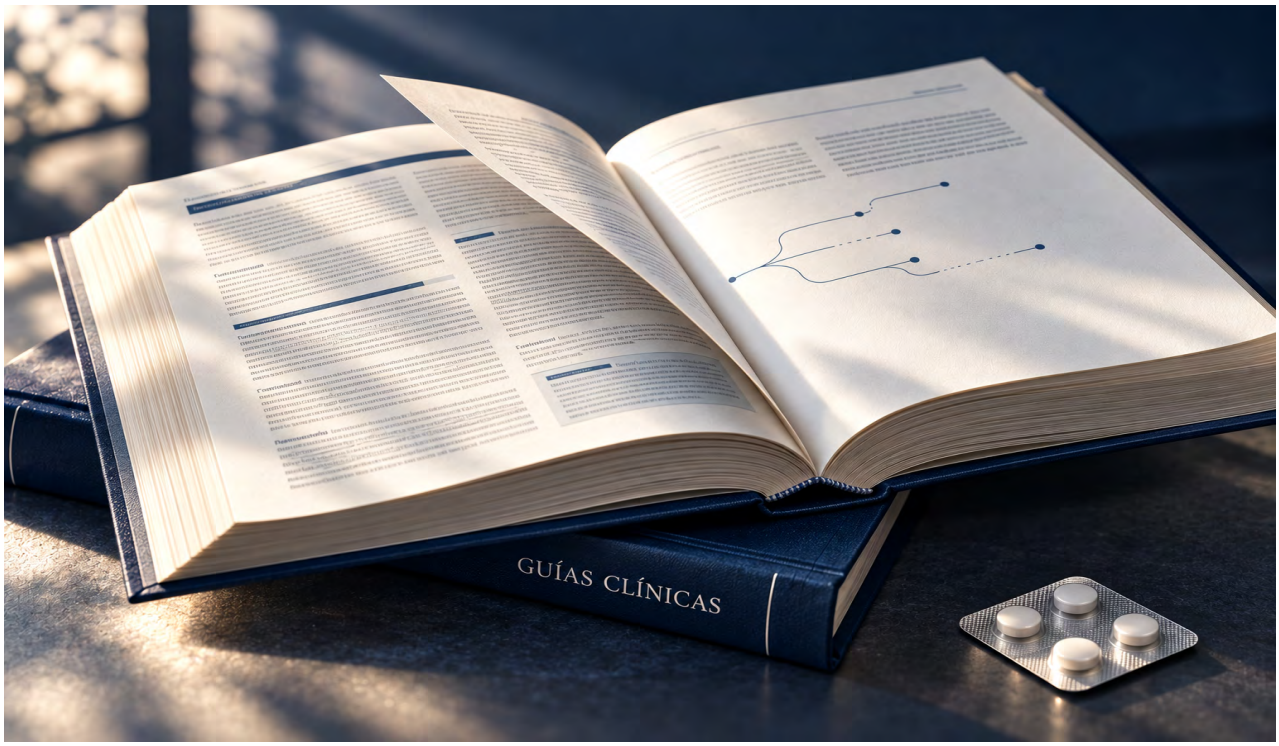
Otra dificultad es que los resultados de un ensayo clínico no siempre reflejan lo que sucede en una consulta. Estos estudios suelen realizarse con *«poblaciones muy seleccionadas, muy controladas»*, recuerda el catedrático. En cambio, los pacientes que reciben esos mismos medicamentos pueden tener varias enfermedades, tomar otros fármacos o presentar problemas de salud que no estaban presentes en los participantes del ensayo.

Por eso, Sánchez Ferrer destaca el valor de la farmacovigilancia y de los estudios que siguen a los pacientes en condiciones reales. La notificación de sospechas de reacciones adversas permite detectar problemas que pueden tardar años en aparecer, así como interacciones entre medicamentos que no se habían identificado durante su desarrollo.

Pero los datos, por sí solos, no bastan. También hay que contrastarlos con lo que observan los profesionales que atienden a los pacientes. «La confrontación de estos datos con lo que digan especialistas que están viendo a los pacientes directamente, pues es importante».

El organismo cambia con el tratamiento

Un medicamento tampoco tiene necesariamente el mismo efecto durante toda la vida. «*A medida*



que el organismo se expone repetidamente a una sustancia, se producen modificaciones a nivel celular y molecular», explica Sánchez Ferrer.

Los receptores sobre los que actúan muchos fármacos *«no son estáticos»*. Su número, su disponibilidad y su forma de responder pueden cambiar con el tiempo. En algunos tratamientos, estas adaptaciones hacen que una dosis que antes funcionaba deje de producir el mismo efecto. Es lo que se conoce como tolerancia.

En otros casos, el cambio se produce en la manera en que el organismo procesa el medicamento. Algunos fármacos pueden estimular las enzimas que intervienen en su metabolismo, de modo que se eliminan más deprisa y su efecto disminuye. Cuando esto sucede, es necesario revisar el tratamiento y valorar si sigue siendo adecuado.

Algo diferente ocurre con determinados antibióticos y tratamientos contra el cáncer. En estos casos pueden aparecer microorganismos o células tumorales resistentes, capaces de sobrevivir a la acción del medicamento. Aunque se trata de procesos distintos de la tolerancia, el resultado puede ser también una pérdida de eficacia.

Todos estos cambios importan cuando se plantea una retirada. No es lo mismo suspender un medicamento que se ha tomado durante unas semanas que otro utilizado durante años. También influyen la dosis y el tiempo que tarda el organismo en eliminarlo. Los fármacos de vida media corta, por ejemplo, pueden provocar descensos rápidos de su concentración y, en algunos casos, síntomas de retirada más intensos. Por eso, no existe una única forma de suspender todos los tratamientos.

Distinguir rebote, retirada y recaída

Uno de los mayores problemas al dejar un medicamento es interpretar correctamente los síntomas que pueden aparecer después. Que una persona vuelva a encontrarse mal no significa necesariamente que su enfermedad haya empeorado.

Puede tratarse de una recaída porque el medicamento ya no está controlando la enfermedad. También puede producirse un efecto rebote, cuando los síntomas reaparecen con más intensidad que antes. Y, en otros casos, el malestar se debe a un síndrome de retirada, provocado por la adaptación del organismo al fármaco.

«*El síndrome de abstinencia puede, además, producir otros efectos que no aparecían antes»,* señala Sánchez Ferrer. Esto puede dificultar aún más la identificación de la causa, porque lo que sucede tras la suspensión «se puede confundir con una recaída en la enfermedad».

La diferencia tiene consecuencias prácticas. Si se interpreta un síntoma de retirada como una recaída, puede decidirse recuperar un medicamento que quizá ya no sea necesario. Pero también puede ocurrir lo contrario: atribuir a la suspensión un empeoramiento que en realidad indica que la enfermedad sigue necesitando tratamiento.

«La relación beneficio-riesgo no es estática y cambia»

De ahí la importancia de valorar cuándo aparecen los síntomas, cómo evolucionan y qué relación pueden tener con el medicamento retirado. No todas las situaciones requieren la misma respuesta.

Revisar el beneficio actual

Que un medicamento estuviera indicado hace años no significa que siga siendo la mejor opción para ese paciente. «La relación beneficio-riesgo no es estática y cambia», recuerda Sánchez Ferrer.

Con el paso del tiempo pueden aparecer nuevas enfermedades, problemas renales o hepáticos, efectos adversos o interacciones con otros tratamientos. También pueden existir alternativas más apropiadas o cambiar las necesidades del paciente. Todo ello obliga a revisar periódicamente si los beneficios de cada medicamento siguen compensando sus posibles riesgos.

La decisión tampoco puede basarse únicamente en que el paciente se encuentre bien. Hay fármacos que se utilizan precisamente para prevenir complicaciones y cuya utilidad no siempre se aprecia de forma inmediata. Retirarlos sin valorar esa protección puede tener consecuencias, aunque al principio no aparezcan síntomas.

Por eso, Sánchez Ferrer advierte de que la desprescripción *«no debe basarse en un simple recuento de pastillas para suprimir».* El objetivo no es reducir medicamentos a cualquier precio, sino comprobar cuáles siguen siendo necesarios, cuáles pueden estar causando problemas y cuáles han dejado de tener una indicación clara.

Menos medicamentos no equivale por sí solo a más salud

La investigación sobre desprescripción también se enfrenta a otra dificultad: demostrar hasta qué punto retirar medicamentos mejora la salud de los pacientes.

Reducir el número de fármacos potencialmente inapropiados es un resultado relevante, pero no significa necesariamente que disminuyan las hospitalizaciones, las caídas o la mortalidad. Sánchez Ferrer recuerda que estos acontecimientos dependen de muchos factores, entre ellos las enfermedades previas, la fragilidad del paciente y sus circunstancias personales. Además, algunos estudios cuentan con pocos participantes o con seguimientos demasiado cortos para detectar diferencias.

Pero hay otras formas de medir los resultados. «*Que no disminuyan las hospitalizaciones no significa que el paciente no esté mejor*», apunta.

Una persona puede sentirse menos somnolienta, estar más lúcida, recuperar el apetito o tener una pauta de medicación más fácil de seguir. Reducir la complejidad del tratamiento también puede aliviar la carga diaria de pacientes y cuidadores y ayudar a tomar correctamente los medicamentos que siguen siendo necesarios.

Estas mejoras deben estudiarse y medirse, igual que los posibles efectos negativos de la retirada. Y cuando una investigación no encuentra diferencias, también hay que comprobar si su duración ha sido suficiente para detectar consecuencias que podrían aparecer más adelante.

Conocer toda la medicación

Antes de decidir qué medicamento retirar, hay un paso imprescindible: saber exactamente qué está tomando el paciente. No siempre coincide lo que figura en su historial con lo que realmente utiliza en casa.

Puede haber recetas de distintos especialistas, prescripciones privadas, medicamentos comprados sin receta y suplementos que no aparecen en la lista habitual. Por eso, Sánchez Ferrer propone comenzar por *«Confirmar qué está tomando exactamente el paciente, cómo lo toma y si existen problemas de comprensión o cumplimiento».*

Seis grupos de fármacos que exigen especial atención en la desprescripción

Benzodiazepinas e hipnóticos Z
Alprazolam, lorazepam, diazepam

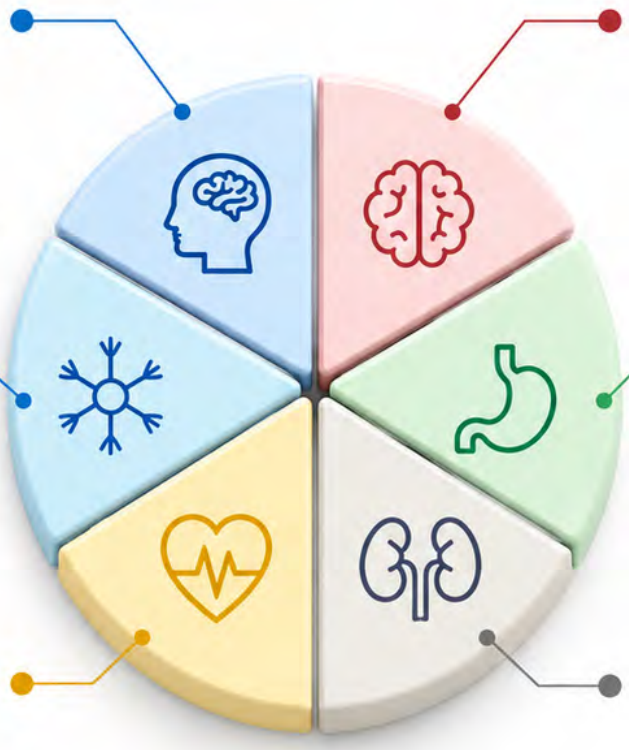
Pueden generar dependencia física. Una retirada brusca puede provocar ansiedad, insomnio y otros síntomas.

Antiepilépticos
Valproato, carbamazepina, levetiracetam

En personas con epilepsia la retirada puede favorecer la reaparición de crisis. Requiere valoración individual y planificación.

Betabloqueantes
Bisoprolol, metoprolol, propranolol

La suspensión brusca puede producir una respuesta cardiovascular de rebote, especialmente en pacientes con cardiopatía isquémica.



Antidepresivos
Paroxetina, venlafaxina, sertralina

La retirada puede causar mareos, náuseas y alteraciones sensitivas. Estos síntomas pueden confundirse con una recaída.

Opioides
Morfina, fentanilo, tramadol

Tras un uso continuado, la supresión brusca puede desencadenar abstinencia, con ansiedad, dolor muscular y síntomas digestivos.

Corticoides sistémicos
Prednisona, dexametasona

La retirada inadecuada puede provocar insuficiencia suprarrenal. Es necesario suspender de forma gradual.

¿Qué condiciona la retirada?

Tiempo y dosis
Cuanto más prolongada y alta sea la exposición, mayor riesgo de síntomas de retirada.

Velocidad de disminución
Una reducción excesiva puede provocar síntomas más intensos.

Situación del paciente
La enfermedad de base, otros medicamentos y las características individuales influyen en el plan.

Seguimiento
La pauta debe ajustarse según la respuesta clínica del paciente.

Fuente: información aportada por Carlos Félix Sánchez Ferrer, contrastada con fichas técnicas de AEMPS y guías clínicas de NICE y ESE-Endocrine Society.

Cuidados paliativos:

cuándo retirar, mantener o iniciar un tratamiento



¿Cuándo deja de aportar beneficio un medicamento que hasta entonces estaba indicado? ¿Qué tratamientos conviene mantener, cuáles retirar y cuándo es necesario incorporar otros para aliviar los síntomas? En cuidados paliativos, estas preguntas forman parte de la práctica clínica y adquieren especial importancia a medida que evoluciona la enfermedad.

Para abordar estas decisiones desde dos realidades asistenciales diferentes, Madrid Médico reúne las experiencias de **Lourdes Rexach Cano,** coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos del adulto del Hospital Ramón y Cajal, y **Ricardo Martino Alba,** responsable de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Ricardo Martino
PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

No siempre se puede curar

Ricardo Martino, responsable de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús, explica cómo se decide cuándo retirar un tratamiento, por qué no siempre hacer más significa cuidar mejor y qué papel deben asumir los médicos cuando la enfermedad de un niño ya no tiene respuesta curativa.

¿Qué hace especialmente difícil decidir cuándo retirar un tratamiento en un paciente pediátrico?

La principal dificultad es que el niño tiene limitada su autonomía y, dependiendo de su edad y madurez, también su capacidad para tomar decisiones. Otras personas tienen que decidir por él. Y hablamos de situaciones de sufrimiento e incertidumbre en las que no solo sufre el paciente, sino también quienes le rodean.

El desafío es precisamente ese: quienes pueden hablar tienen que tomar decisiones por quien no puede hacerlo. Por eso, lo que debe guiarnos siempre es el mejor interés del niño. Se supone que tanto los padres como los médicos buscamos ese interés, pero no siempre es fácil determinar qué es realmente lo mejor para él.

¿Puede ocurrir que un tratamiento se mantenga simplemente porque ya se había iniciado?

Lo importante es preguntarnos para qué le sirve al niño cada intervención. Pensemos en un paciente con una enfermedad compleja que empieza a presentar infecciones respiratorias frecuentes. Quizá nunca había necesitado ingresar y, después de una hospitalización, vuelve a casa con oxígeno permanente o ventilación no invasiva. Ese soporte puede permitirle vivir en su domicilio, reducir los ingresos y superar algunas reagudizaciones sin tener que acudir al hospital. Incluso puede haberse decidido que, ante un nuevo empeoramiento,no vuelva a ingresar en cuidados intensivos. Por eso, la pregunta no es tanto por qué hacemos algo, sino para qué le sirve al paciente. Se habla mucho de medidas ordinarias y extraordinarias, pero los tratamientos no tienen una calificación moral por sí mismos. Están al servicio del bien del paciente. Lo fundamental es valorar qué le beneficia y qué puede perjudicarle.

Cuando un niño es atendido por varios especialistas, ¿quién debe asumir la responsabilidad de revisar el conjunto de tratamientos?

Cada especialista conoce muy bien su área, pero alguien tiene que mantener una visión global del paciente. No siempre podemos resolver al mismo tiempo todos sus problemas cardiológicos, neurológicos, nefrológicos o respiratorios. Las reuniones multidisciplinares son necesarias, pero también lo es que exista un médico responsable que conozca al niño, sea capaz de establecer prioridades y ayude al resto del equipo a tomar decisiones.

¿La retirada de un tratamiento debe ser siempre progresiva?

No. Depende del tratamiento, de la situación clínica y de lo que hayamos decidido hacer. Si hablamos de un niño con cáncer avanzado que está participando en un ensayo clínico y cuya enfermedad progresa a pesar del tratamiento, puede ser necesario suspenderlo directamente. En cambio, cuando retiramos un medicamento que puede provocar un síndrome de abstinencia, debemos hacerlo de



forma progresiva y, si es necesario, utilizar otra medicación para controlar los síntomas. También hay situaciones al final de la vida en las que se decide retirar un soporte respiratorio que ya no está aportando un beneficio al paciente y únicamente está prolongando el proceso de morir. En esos casos existen procedimientos para adecuar la retirada a su situación clínica. No hay una única forma de proceder. También podemos decidir que no se realicen más transfusiones o que no se repita una intervención quirúrgica que no ha conseguido el resultado esperado.

¿Cómo se explica a unos padres que un tratamiento ya no está ayudando a su hijo?

A veces la mayor dificultad no está en los padres, sino en las barreras que tenemos los propios profesionales para aceptar que no podemos curar al niño que tenemos delante. Nos cuesta reconocer esa impotencia y, en ocasiones, también nos cuesta transmitir la información. No siempre explicamos bien las cosas porque nosotros mismos tenemos dificultades para aceptar lo que está ocurriendo.

La familia necesita información verdadera, razonada y, sobre todo, coherente. No podemos generar confusión porque distintos profesionales les transmitan mensajes diferentes.En ocasiones, otros hospitales nos llaman para ayudar en estas decisiones. Puede tratarse de niños ingresados en unidades de cuidados intensivos, con tratamientos muy avanzados, en los que el equipo necesita apoyo para mantener una visión integral del paciente y establecer qué es lo más adecuado.

¿Hasta qué punto deben participar los niños y adolescentes en estas decisiones?

No hay una edad estricta. Hay niños de diez años con mucho juicio y adultos de cincuenta con poco juicio. Tenemos que valorar la capacidad de cada persona para comprender su situación y participar en las decisiones. Incluso cuando un niño no puede hablar, debemos intentar conocer qué le hace bien y qué le hace mal. También hay que distinguir entre desear algo y saber qué es lo mejor. Los padres quieren el bien de sus hijos, pero eso no significa que necesariamente sepan qué tratamiento les beneficia más. Ahí tenemos una responsabilidad los médicos. Debemos ser capaces de explicar que un tratamiento no está indicado, que no va a funcionar o que sus efectos adversos pueden superar cualquier posible beneficio. Hay intervenciones que ni siquiera deberíamos proponer.

¿Y qué ocurre cuando los padres quieren continuar con un tratamiento que los médicos consideran desproporcionado?

Lo primero es sentarse y escuchar.Estas decisiones casi nunca tienen que tomarse de forma inmediata. Podemos mantener varias conversaciones, dar tiempo para comprender la situación y buscar juntos lo mejor para el niño.Son procesos difíciles y no tienen por qué ser rápidos.

Por eso es tan importante anticiparse. Muchas de las complicaciones que puede presentar un niño con una enfermedad avanzada son previsibles. Si hemos hablado antes de lo que puede ocurrir y de cómo actuaríamos en cada situación, será más fácil tomar decisiones cuando llegue ese momento. Es mejor poder hablar de estas cuestiones con tranquilidad que hacerlo en medio de una urgencia, con demasiada emoción y poco tiempo.

¿Cómo se reconoce el momento en el que los objetivos del tratamiento deben cambiar?

Hay un punto de inflexión en la evolución clínica en el que reconocemos que la enfermedad ha entrado en una fase irreversible y que, a pesar de los tratamientos, no podemos modificar su curso. Quien mejor suele reconocer ese momento es el médico responsable, porque conoce al paciente y ha seguido su evolución durante más tiempo. Entonces tenemos que replantearnos los objetivos y decir: puesto que no podemos curarle, vamos a intentar que viva lo mejor posible. Es el momento de adecuar las medidas terapéuticas y de realizar una planificación anticipada de los cuidados.

> «No siempre explicamos bien las cosas porque nosotros mismos tenemos dificultades para aceptar lo que está ocurriendo»

¿Cómo sabemos que retirar un medicamento o una medida de soporte ha beneficiado realmente al paciente?

Tenemos que observar al paciente y su evolución clínica.Hay tratamientos que dejan de aportar beneficios y pueden provocar efectos secundarios o interacciones. Retirarlos puede mejorar su situación. Otras veces hablamos de intervenciones que prolongan el proceso de morir sin mejorar el bienestar del niño. Puede ser una ventilación mecánica, transfusiones reiteradas o una cirugía que ya se ha realizado varias veces sin obtener resultados.

Lo importante es valorar qué conseguimos con cada decisión y cómo responde el paciente. Es su evolución clínica la que nos ayuda a saber si hemos actuado correctamente.

¿Cree que los médicos seguimos teniendo dificultades para entender que dejar de tratar también puede ser una buena decisión clínica?

A veces damos demasiada trascendencia a estas decisiones, cuando en realidad forman parte del ejercicio profesional.Nuestra responsabilidad consiste en decidir, en cada momento, qué puede mejorar la vida del paciente. Eso incluye iniciar tratamientos, mantenerlos, modificarlos y también retirarlos cuando dejan de estar indicados. Creo que lo más importante es dejarnos guiar por el paciente, observarle y atender a su evolución. Si lo hacemos, podremos tomar decisiones con mayor seguridad.■

Lourdes Rexach
PALIATIVOS EN ADULTOS

«El *error* más frecuente es mantener los tratamientos por inercia»

Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Ramón y Cajal. Su trayectoria combina la atención a pacientes con enfermedad avanzada con la formación en cuidados paliativos del adulto. Ha participado en investigaciones sobre deprescripción y es coautora de la versión española de los criterios STOPP-Frail, denominada STOPP-Pal.

En un paciente con enfermedad avanzada, ¿qué señales clínicas indican que ha llegado el momento de revisar tratamientos que hasta entonces estaban bien indicados? ¿Puede poner algún ejemplo concreto?

No existe un momento de punto y aparte y no todos los tratamientos siguen el mismo patrón. Lo importante es acompañar al paciente en todo el proceso de enfermedad avanzada y hacer con el/ella una toma de decisiones compartida y planificar, conociendo sus objetivos y valores, como desea que sean los cuidados que reciba en cada momento evolutivo de la enfermedad.

En cada cita con el paciente se deberá hacer un repaso de los tratamientos que está recibiendo y en ese momento se deberá valorar los pros y contras de mantener cada uno de ellos. En ese momento posiblemente se decida mantener unos y suspender otros y seguramente también añadir algunos destinados al control de los síntomas

La revisión de los tratamientos es especialmente importante en las crisis.

Los criterios STOPP-FRAIL nos hacen una revisión de fármacos que podrían no estar ya indicados en una fase avanzada de la enfermedad. En la versión 2 de estos criterios se recoge, además: *"La toma de decisiones compartida se destaca como una parte integral del proceso de deprescripción. Cuando los pacientes (cuando resulta apropiado) participan en la tomade decisiones compartida, se sienten mejor informados y tienen más claro cuáles son sus valores. Algunos pacientes (o sus representantes) pueden expresar su preferencia por continuar con un medicamento potencialmente inapropiado. En este contexto, aunque puede ser útil intentar comprender las razones que subyacen a dicha preferencia, recomendamos evitar el conflicto, a menos que el fármaco en cuestión esté causando un daño manifiesto, claro y significativo. No obstante, según estudios recientes, parece que la gran mayoría de las personas mayores estarían dispuestas a suspender uno o varios medicamentos si su médico indicara que ello es posible y adecuado. Esto sugiere que los médicos pueden sentirse tranquilos al abordar la opción de la deprescripción con sus pacientes"*

En este contexto,aunque puede ser útil intentar comprender las razones que subyacen a dicha preferencia, recomendamos evitar el conflicto, a menos que el fármaco en cuestión esté causando un daño manifiesto, claro y significativo. No obstante, según estudios recientes, parece que la gran mayoría de las personas mayores estarían dispuestas a suspender uno o varios medicamentos si su médico indicara que ello es posible y adecuado. Esto sugiere que los médicos pueden sentirse tranquilos al abordar la opción de la desprescripción con sus pacientes.

¿Qué ocurre con los medicamentos prescritos para prevenir complicaciones a largo plazo cuando el pronóstico del paciente cambia? ¿Cómo se decide si mantenerlos sigue aportando un beneficio real?

Si tenemos tratamientos prescritos para prevenir complicaciones a un plazo superior a la supervivencia estimada para el paciente no tiene sentido mantenerlo. Deberá valorarse si su objetivo es prevención primaria o secundaria y el tiempo durante el cual tiene que ser prescrito ese fármaco para que sea eficaz la prevención.



«Si tenemos **tratamientos prescritos** para prevenir complicaciones a un plazo superior a la **supervivencia estimada** para el paciente no tiene sentido mantenerlo»

¿Qué tratamientos suelen plantear las decisiones más difíciles de retirada en cuidados paliativos? Nos interesaría conocer ejemplos de situaciones en las que suspender un fármaco sea claramente beneficioso y otras en las que resulte más discutible.

Uno de los tratamientos cuya retirada plantea más dudas es la anticoagulación. De hecho, en los criterios STOPP-PAL mencionados más arriba indican que mantenerlo o suspenderlo dependerá de la situación de cada paciente y que la toma de decisiones debe de ser individualizada. Así, no estaría indicado mantener la anticoagulación profiláctica en un paciente que, en ese momento presenta un sangrado. Sin embargo, en pacientes que mantienen una buena situación funcional pero tienen un riesgo trombótico, podría estar indicado mantenerla para prevenir por ejemplo un ictus que podría deteriorar su calidad de vida aunque la esperanza de vida sea corta.

¿Cómo se distingue entre un tratamiento que ya no aporta beneficio y otro que, aunque no cambie el pronóstico, sigue siendo importante para controlar síntomas o evitar sufrimiento?

Cuando se hace un repaso de los tratamientos de un paciente se debe de valorar qué beneficios tiene ese fármaco para ese paciente en ese momento y cuales son sus efectos secundarios en ese momento evolutivo de la enfermedad del paciente. Poniendo en la balanza riesgo/beneficio se tomará la decisión. A veces esta balanza no se inclina para ninguno de los dos lados. Nos ayudará a tomar decisiones conocer bien los valores y objetivos del paciente. Debemos tener en mente cual es el objetivo del tratamiento en cada momento. Ese objetivo se pacta con el paciente o con su familia (si el paciente no está capacitado o ha delegado).

Cuando se decide retirar un medicamento, ¿qué riesgos específicos deben anticiparse y qué seguimiento requiere el paciente? ¿En qué situaciones puede ser necesario reconsiderar la retirada?

La retirada de un fármaco no requiere mayor seguimiento que la introducción de un fármaco nuevo. Todos los fármacos tienen beneficios (por eso se ponen) pero también efectos secundarios. Al igual que hacemos un seguimiento para conocer si están apareciendo efectos secundarios tras su introducción, deberemos hacer un seguimiento para conocer si su retirada ha tenido alguna consecuencia. Si su retirada da lugar a un efecto adverso para el paciente podría reconsiderarse por qué se retiró, cual es el efecto adverso que ha aparecido y si está o no indicada su reintroducción. Por ejemplo: en las demencias en fase muy avanzada estaría indicado la suspensión de los anticolinesterásicos, pero si su suspensión da lugar a la reaparición de síntomas de conducta asociados a la demencia, este fármaco podría reintroducirse como tratamiento sintomático de estos síntomas.

¿Hasta qué punto influyen la carga que supone el tratamiento, sus efectos adversos y la capacidad del paciente para tomar la medicación en la decisión de mantenerlo o suspenderlo?

Uno de los puntos señalados en los CRITERIOS STOPP-PAL es que deberemos suspender aquellos fármacos que el paciente no puede tomar. En la fase final de la vida el objetivo fundamental de los tratamientos es intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes. Un tratamiento que produce muchos efectos secundarios no va a contribuir a esa mejora en la calidad de vida. Por eso es muy importante escuchar al paciente, explicarle para qué sirve cada fármaco y cuales son los efectos secundarios que tiene para que el/ella puedan decidir si conociendo ambos le compensa o no recibirlo.

¿Cómo se aborda la retirada de un tratamiento con un paciente que todavía conserva su capacidad de decisión, pero puede interpretar esa propuesta como una renuncia a tratar su enfermedad?

Ya he ido abordando en preguntas anteriores este tema. Lo importante es ir acompañando al paciente durante la evolución de la enfermedad, explicándole en cada momento como está evolucionando y por qué y para qué se ponen los tratamientos. Es importante que, cuando se introduce un fármaco, no se le diga al paciente que se trata de un fármaco que tendrá que tomar ya siempre, sino que se le explique que los fármacos que están indicados en un momento de la enfermedad pueden no estar ya indicados en otro.

¿Qué sucede cuando un paciente es atendido por distintos especialistas y algunos tratamientos siguen prescritos aunque los objetivos de cuidado hayan cambiado? ¿Cómo se resuelven esas situaciones?

Esto es uno de los problemas fundamentales en el manejo de los fármacos en estos pacientes. Es fundamental el contacto directo entre los diferentes especialistas y una puesta en común de las decisiones terapéuticas para que al paciente se le de un criterio unificado. No podemos contribuir a aumentar las dudas que el paciente pueda tener sobre los cambios realizados en su medicación por no llegar a un acuerdo entre profesionales.

¿Qué importancia tiene que la revisión terapéutica se anticipe a las crisis clínicas y no se deje para los últimos días de vida?

Como ya he comentado más arriba el proceso de adecuación del tratamiento (en el que se suspenderán unos fármacos y se añadirán otros destinados al control de síntomas) debe de ser un continuum a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Si lo dejamos para los últimos días de vida llegaremos tarde y seguro que no habremos ayudado a mejorar la calidad de vida del paciente antes de llegar a ese momento. Además, si lo hacemos en ese momento, el paciente va a recibir a bocajarro una información que debería haber ido recibiendo de forma progresiva, no habrá podido participar en la toma de decisiones y no se habrán hecho los cuidados según el /ella hubiera elegido que se hicieran.

Desde su experiencia, ¿cuál es el error más frecuente al mantener tratamientos en pacientes con enfermedad avanzada y qué debería tener presente cualquier especialista, aunque no trabaje en cuidados paliativos?

El error más frecuente es mantener los tratamientos por inercia sin pararse a pensar si continúan estando indicados y sin hacer una adecuada toma de decisiones y planificación compartida con el paciente. ■

Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid

MADRID SIN TABACO

Concurso infantil de dibujo navideño

Premios
Una bicicleta para el ganador de cada categoría.

Regalos
Un obsequio para todos los participantes.

Modo de envío
Podrá enviarse por email, presencial o correo postal.

Fecha
Del 10 de octubre al 22 de noviembre de 2026.



El miedo a retirar una *pastilla*

Una paciente de 78 años, doce años de tratamiento y una decisión difícil. La desprescripción enfrenta al médico residente con la inseguridad, la inercia terapéutica y el reto de defender su criterio clínico sin perder la confianza del paciente.



Ya voy siendo residente mayor y, en la consulta de atención primaria, empiezo a ver a mis primeros pacientes "solo"—aunque termine consultando con mi tutora en la consulta de al lado con bastante frecuencia.

Una mañana entra a la consulta una de nuestras pacientes habituales, a la que llamaremos doña Carmen: una mujer de 78 años, pluripatológica, perobien controlada. Hipertensión, diabetes, artrosis. Parece una consulta sencilla, de las queuno agradece. Viene por una caída en casa la semana pasada, sin fractura, solo un buen susto.

Pero entonces reviso la medicación y, entre el enalapril, la metformina y el paracetamol, veo que tiene pautado 1 miligramo de lormetazepam cada noche. Lleva doce años tomándolo; me cuenta que empezó tras el fallecimiento de su marido, por insomnio de conciliación.

Revisando los criterios STOPP-START 3 la indicación es clara: las benzodiazepinas para el insomnio no deben prolongarse más de dos a cuatro semanas por el elevado riesgo de dependencia, deterioro cognitivo y caídas. No es un hallazgo raro: figura entre los ejemplos más frecuentes de prescripción inadecuada en nuestros mayores.

Le explico a doña Carmen que esa pastilla puede estar relacionada con su caída. Su respuesta es inmediata: *"llevo doce años tomándola, es lo único que me hace dormir, no quiero tocarla"*

«Tendemos a creer que retirar un fármaco es una intervención con consecuencias, mientras que mantenerlo es neutro»

Y ahí,delante de ella, siento algo que seguro conocen bien quienes están en mi situación: en la teoría todo encaja, pero sostener esa decisión ante el paciente no es nada fácil.

Pocas veces se comenta en las sesiones lo que sentimos en ese instante. Ceder no es debilidad, sino el reflejo del sesgo de inacción: nos pesa más el coste inmediato de actuar —que la paciente pase una mala noche— que la amenaza futura de no hacer nada, como podría ser una fractura de cadera por una caída.

Tendemos a creer que retirar un fármaco es una intervención con consecuencias, mientras que mantenerlo es neutro. Sin embargo, dejar las cosas como están es una decisión activa disfrazada de pasividad, y forma parte de esa inercia terapéutica que cuesta tanto frenar en consultas donde el reloj y la prisa juegan en nuestra contra.

Hay además algo muy propio de la residencia: esa sensación de no tener la autoridad suficiente para corregir lo que en su momento pautó alguien con más años de experiencia.A esto se suma el famoso "síndrome del impostor" que siempre nos acompaña, esa voz interna que te hace dudar de tu propio criterio justo cuando creías tener la situación bajo control. Ninguna de las dos emociones es mala en sí misma —de hecho, nos protegen del exceso de confianza—, pero cuando se vuelven excesivas, acaban paralizando.

Decepcionar al paciente nos pesa casi tanto como equivocarnos clínicamente. Y sin embargo, cada vez que posponemos una desprescripción necesaria "para la próxima revisión", no solo se mantiene un riesgo real, sino que reforzamos en nosotros mismos la idea de que ceder es más fácil que argumentar.

Superar ese temor y atrevernos a explicarlo con paciencia es la forma más honesta de cuidar a nuestros pacientes y de construir un criterio propio.

Tal vez doña Carmen vuelva a decirme que no, y tocará volver a escuchar. Pero voy entendiendo que desprescribir, exactamente igual que prescribir, no es un acto de fuerza, sino de cuidado. Confiar en ese criterio —y defenderlo con paciencia frente a quien te mira con temor o incredulidad— es también parte esencial de nuestra formación y nuestra práctica futura.

Aprovecho para agradecer a mi tutora y a todos los médicos, muchas veces también residentes, que a lo largo de esta etapa me están enseñando a combinar la firmeza y la asertividad sin perder nunca de vista la compasión y el cariño hacia nuestros pacientes.



Javier Baratech
R3 Medicina de Familia

La Desprescripción es una parte muy importante del *acto médico*

Juan Tamargo Menéndez
Catedrático Emérito, Departamento de Farmacología y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid



En los últimos años, los continuos avances en el desarrollo de fármacos para la profilaxis y/o tratamiento de múltiples enfermedades, el envejecimiento progresivo de la población que conduce a un aumento en la incidencia de diversas patologías crónicas, la rotación del paciente por múltiples prescriptores sin coordinación alguna entre sí y las recomendaciones de las guías de práctica clínica han conducido a una **polimedicación** (polifarmacia) incontrolada.

Añadiría la **inercia terapéutica** de muchos profesionales, a los que les resulta muy fácil prescribir un nuevo fármaco, pero les cuesta retirar otro previamente prescrito, incluso cuando ya no exista la causa original que motivo su prescripción, o se han modificado las circunstancias del paciente, olvidando el aforismo de que "*los fármacos no son para siempre*" Y todo ello sin olvidar los medicamentos y suplementos dietéticos que el paciente adquiere sin receta médica en las farmacias, herbolarios y grandes superficies, que no se mencionan en la consulta y por los que el médico no pregunta. Prueba de esta polifarmacia es un reciente del Ministerio de Sanidad que calculaba que el 30% de las personas mayores de 65 años consume cinco o más medicamentos crónicos al año, proporción que se eleva al 45% en el grupo de 85 a 94 años Es decir, que la polifarmacia es una práctica muy habitual y, en ocasiones, puede representar un problema de salud pública.

Debemos reseñar que la polifarmacia no siempre debe ser considerada como un marcador de una mala práctica clínica. De hecho, existe una polifarmacia apropiada, que es aquella en la que la prescripción de cada uno de los medicamentos está justificada por un diagnóstico correcto, una evidencia clínica sólida, y en la que el beneficio que aporta supera claramente los riesgos basada en las guías de práctica clínica. Pensemos en un paciente hipertenso, diabético, con hipercolesterolemia e insuficiencia cardiaca. Este paciente es probable que abandone la consulta con **7-10 fármacos** que el médico "debe de prescribir" en base a la mejor evidencia clínica disponible. Esta polifarmacia apropiada no tiene por qué ser motivo de deprescripción.

Lo que nos preocupa es la **polifarmacia** inapropiada, que es aquella que no está basada en un diagnóstico correcto (muchos fármacos se prescriben para tratar síntomas, no la etiopatogenia de la enfermedad) y no se ve avalada por la evidencia científica. En ella está indicada la deprescripción, un término que podríamos definir como un proceso planificado, supervisado y personalizado realizado por un profesional médico del tratamiento del paciente para reducir la dosis o suspender fármacos innecesarios, inapropiados, incompatibles, duplicados o perjudiciales. Y siempre teniendo en cuenta el estado médico y físico del paciente, su esperanza de vida, sus prioridades de salud, los objetivos de la atención, así como sus valores y preferencias. Este proceso debe realizarse periódicamente para asegurar que la paciente recibe el tratamiento más eficaz y seguro.

Los objetivos de la desprescripción son: adaptar el tratamiento a las necesidades "reales" del paciente, reducir la carga de la medicación, simplificar el tratamiento, mejorar la calidad de vida del paciente, reducir la morbilidad (p.ej., la inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo y cuadros confusionales, úlceras por presión, deterioro psicomotor en el anciano) y favorecer la adherencia al tratamiento.

La desprescripción debe abordarse mediante un proceso estructurado, individualizado y sujeto a seguimiento clínico. El primer paso consiste en identificar todos los medicamentos que toma el paciente, tanto los prescritos como los que consume por su cuenta, y conocer las razones que justifican su utilización. Esta revisión permite disponer de una visión completa del tratamiento farmacológico y constituye el punto de partida para valorar su adecuación.

A continuación, es necesario evaluar periódicamente la relación entre los beneficios y los riesgos de cada medicamento, teniendo en cuenta la situación clínica actual del paciente. Un tratamiento que estuvo justificado en el momento de su prescripción puede haber dejado de ser necesario o presentar ahora una relación beneficio-riesgo desfavorable. Esta valoración permite determinar si procede iniciar un proceso

La siguiente fase consiste en identificar los medicamentos candidatos a ser retirados. Entre ellos se encuentran los fármacos ineficaces, innecesarios, incompatibles con otros tratamientos o duplicados, así como aquellos que forman parte de una denominada «cascada de prescripción», es decir, cuando se prescribe un nuevo medicamento para tratar una reacción adversa provocada por otro.

También debe considerarse la retirada de aquellos fármacos cuyo riesgo de producir reacciones adversas supera claramente cualquier beneficio potencial, de los que han dejado de ser eficaces para controlar una enfermedad o sus síntomas y de aquellos que se mantienen pese a que los síntomas que motivaron su prescripción han desaparecido.

Esta valoración debe extenderse a los tratamientos profilácticos cuando el tiempo necesario para obtener un beneficio supera la esperanza de vida prevista del paciente. Asimismo, debe tenerse en cuenta si la continuidad del medicamento representa una carga inaceptable para la persona que lo recibe.

Una vez identificados los tratamientos susceptibles de retirada, es preciso establecer un orden de prioridad y una secuencia de desprescripción. Se recomienda comenzar por aquellos que presentan una relación beneficio-riesgo más desfavorable y por los que tienen un menor riesgo de provocar síntomas de rebote o recurrencia de la enfermedad tras su suspensión. De este modo, **la retirada puede abordarse de forma progresiva**, valorando las consecuencias clínicas de cada decisión.

El proceso no termina con la suspensión del medicamento. Es imprescindible implementar y supervisar un plan de retirada que permita realizar un seguimiento de la evolución del paciente y detectar posibles incidencias. Este control resulta necesario para reajustar el tratamiento o, si las circunstancias clínicas lo requieren, reintroducir alguno de los medicamentos retirados.

Diversos estudios han demostrado que, mediante un seguimiento estrecho del paciente, es posible desprescribir sin problemas graves determinados grupos farmacológicos, como los psicofármacos —benzodiacepinas, antidepresivos

«Su incorporación a los **planes de estudio** de los futuros profesionales sanitarios, así como a la formación de quienes ya ejercen, resulta especialmente importante para mejorar el manejo de los pacientes con pluripatología»

y antipsicóticos—, los inhibidores de la bomba de protones, los analgésicos, las estatinas, los anticolinérgicos y los anticolinesterásicos. Según estos trabajos, la retirada puede llevarse a cabo en más del **20 % de los pacientes** y acompañarse de una mejoría de su estado de salud, con beneficios especialmente evidentes en las personas mayores.

Para facilitar estas decisiones existen numerosas herramientas de desprescripción, descritas en las referencias científicas, que permiten abordar el proceso de forma segura y eficaz. Su finalidad es valorar la adecuación de cada tratamiento desde un enfoque personalizado, adaptado a las necesidades del paciente y a su situación clínica concreta. Estas herramientas ayudan al profesional sanitario a fundamentar sus decisiones en la evidencia científica y a determinar qué medicamentos deben mantenerse, modificarse o retirarse. Sin embargo, la incorporación de la desprescripción a la práctica clínica habitual sigue encontrando importantes barreras. Algunas dependen del propio prescriptor, como la falta de formación específica, la inercia terapéutica o el temor a retirar medicamentos indicados por otros especialistas. Otras están relacionadas con el paciente y su entorno familiar, que pueden interpretar la suspensión de un tratamiento como una pérdida de atención, especialmente cuando existen experiencias negativas previas o miedo a un posible empeoramiento de la enfermedad.

A estas dificultades se añaden las propias del sistema sanitario: la falta de tiempo en las consultas, la fragmentación de la asistencia y los problemas de coordinación y seguimiento entre los distintos profesionales implicados. Son obstáculos que dificultan la revisión periódica de los tratamientos y la adopción de decisiones individualizadas. Por todo ello, la desprescripción debe entenderse como una parte esencial de la práctica clínica y como el resultado de un proceso de toma de decisiones compartida entre el paciente y el prescriptor. Su incorporación a los planes de estudio de los futuros profesionales sanitarios, así como a la formación de quienes ya ejercen, resulta especialmente importante para mejorar el manejo de los pacientes con pluripatología.

En definitiva, la desprescripción individualizada constituye una estrategia para tratar mejor, no simplemente para reducir el número de medicamentos. Su objetivo es mantener aquellos tratamientos que siguen aportando beneficios y retirar los que han dejado de estar justificados, siempre de acuerdo con las necesidades y la evolución clínica de cada paciente. ■

Herramientas que ayudar a realizar una correcta deprescripción en los pacientes que reciben polifarmacia

- American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® (https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12478568/)
- STOPP (y sus variantes STOPP-Pal, STOPP-Cog) que identifica medicamentos potencialmente inapropiados, cuyo riesgo de efectos adversos supera el beneficio clínico; START (Screening Tool to Alert to Right Treatment), que detecta omisiones de prescripción (https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10447584/)
- Red Canadiense para la Adecuación de la Medicación y la Desprescripción (https://www.deprescribingnetwork.ca/)
- Índice de Adecuación de la Medicación (Medication Appropriateness Index, MAI) se traduce al español como Índice de Adecuación de la Medicación. (https://www.cgakit.com/m-2-mai)
- Medstopper (https://medstopper.com/)
- IMPACT - Improving Medicines and Polypharmacy Appropriateness Clinical Tool (https://www.prescqipp.info/media/1559/b152-polypharmacy-impact-22.pdf)


Puede que hayas tenido un conflicto... y no encuentres solución.
Pero sí la hay.
Y no pasa por los tribunales
SERVICIO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
915385146
ajuridica@icomem.es
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
MADRID SIN TABACO
ILUSTRE COLEGIO DE LA ABOGACÍA DE MADRID

Descubriendo el delirium

Entró en el hospital caminando con andador. Durante el ingreso sufrió un delirium y perdió la capacidad de caminar.



Tenía 89 años e ingresó por una insuficiencia cardiaca descompensada, con disnea y congestión. Recibió dosis altas de diuréticos y una sonda vesical. Por falta de camas, pasó la noche en Urgencias, donde comenzó a desorientarse y se arrancó la sonda. Se la recolocaron con sujeciones mecánicas y, al empeorar la agitación, le administraron 5 mg de haloperidol.

En los días siguientes permaneció excesivamente somnoliento, con dificultades para comer y beber. El deterioro de la función renal agravó la confusión y pasó buena parte del ingreso inmovilizado.

María Teresa Vidán Astiz considera este caso «*muy representativo de lo que ocurre con frecuencia en los hospitales*». A la vulnerabilidad del paciente se sumaron la estancia en Urgencias, el sondaje, las sujeciones, una pauta demasiado intensiva de diuréticos y una dosis alta de neuroléptico.

«El delirium casi siempre tiene una *causa orgánica subyacente*»



María Teresa Vidán Astiz, especialista en Geriatría.

La confusión no explica la causa

«El delirium casi siempre tiene una causa orgánica subyacente», subraya Vidán. Su aparición obliga a investigar: dolor mal controlado, retención urinaria, infecciones, deshidratación, alteraciones electrolíticas o medicamentos que pueden desencadenar o agravar el cuadro.

No todos los pacientes necesitan una agresión de la misma intensidad. *«Cuanto mayor es la vulnerabilidad del paciente, menor es la intensidad del factor desencadenante necesaria para provocar un delirium».* En una persona especialmente vulnerable, un cambio de entorno puede contribuir a precipitarlo.

Además de la edad, la demencia previa constituye el principal factor de riesgo. *«Hasta dos tercios de los casos de delirium ocurren en pacientes con demencia previa»*, señala. Los déficits sensoriales, la fragilidad, la dependencia, las comorbilidades y la polifarmacia completan un perfil frecuente en las plantas de hospitalización.

Esa coexistencia puede dificultar el diagnóstico, pero no justifica atribuir cualquier cambio al deterioro previo. Vidán recuerda una expresión que todavía se escucha entre profesionales: *«Se demenció tras la intervención»*. Lo que aparece bruscamente después de una cirugía o de una noche en Urgencias puede ser un delirium.

«*Lo que principalmente distingue al delirium de una demencia es que se trata de un cuadro de inicio agudo»*. La evolución en horas y las fluctuaciones del nivel de alerta orientan hacia un episodio que exige valoración propia.

También hay que mirar al paciente somnoliento

El paciente que se arranca una vía reclama atención inmediata. El que permanece callado, somnoliento y apenas participa puede pasar inadvertido. Reconocer estas formas exige comprobar la atención y averiguar qué ha cambiado respecto a su situación habitual. *«En estos casos es clave identificar un trastorno en la atención y documentar, generalmente con la familia o cuidadores, que existe un cambio agudo sobre la situación cognitiva basal»*, explica la doctora.

La información de quienes conocen al paciente permite reconstruir ese antes y después. Para el despistaje, Vidán destaca el 4AT, de cuatro ítems y unos dos minutos de administración, y el CAM (Confusion Assessment Method), con su adaptación CAM-ICU para cuidados intensivos y dificultades de comunicación.

«Hasta el **20%** de los **casos de delirirum** suelen ser de larga duración»

Revisar lo prescrito

*E*s clave revisar todos los fármacos del paciente, insiste Vidán. La atención debe dirigirse especialmente a sedantes, anticolinérgicos, opioides y otros medicamentos de riesgo. Los cambios en la farmacocinética y la farmacodinamia asociados a la edad pueden favorecer efectos psicoactivos perjudiciales «*incluso aunque se estén utilizando a dosis terapéuticas*».

La revisión farmacológica conecta la investigación de la causa con una decisión concreta: valorar qué tratamientos pueden retirarse. También forma parte de la prevención, junto con otras medidas que requieren intervenir sobre las rutinas del ingreso. Las investigaciones de Vidán han estudiado programas multicomponente no farmacológicos. «*Varios estudios, entre ellos el nuestro, han demostrado que la utilización de estas sencillas medidas reduce la incidencia de delirium durante la hospitalización*», explica.

Movilizar precozmente y a diario si la situación clínica lo permite, asegurar la hidratación, reducir sondas, catéteres y sujeciones, facilitar las gafas y los audífonos y permitir el acompañamiento familiar son algunas de esas actuaciones.

Proteger el descanso también obliga a revisar horarios. Vidán propone «evitar la administración de medicación o toma de constantes durante el tiempo de sueño, salvo que sean imprescindibles». Preservar el sueño nocturno depende, en parte, de decisiones que se toman fuera de la habitación.

Cuando el delirium ya se ha establecido, la prioridad es buscar causas tratables y aplicar las medidas no farmacológicas. Si resultan insuficientes y el paciente presenta un cuadro hiperactivo con agitación, Vidán plantea recurrir a neurolépticos, que «*deben utilizarse a dosis bajas y el menor tiempo posible*».

El caso del paciente de 89 años muestra por qué importa vigilar lo que sucede después de controlar la agitación. El efecto sedante e hipotensor puede añadir dificultades a la recuperación. La doctora insiste en mantener «la mínima dosis eficaz para controlar la agitación» y explica que, tras 24-48 horas de estabilidad, se intenta reducir diariamente hasta su retirada, si es posible. Respecto a las benzodiacepinas y otros sedantes, señala que no deben ser la primera elección y que es preferible evitarlos salvo que la causa del delirium sea la abstinencia de alcohol.

El alta no siempre cierra el episodio
Aunque el delirium suele ser reversible, Vidán advierte de que «*hasta en un 20 % de los casos el delirium puede ser de larga duración*». En estos pacientes puede no resolverse completamente y dejar secuelas cognitivas. También destaca el riesgo de secuelas en cuadros prolongados en cuidados intensivos o unidades posquirúrgicas. A ello se suma la pérdida funcional durante la hospitalización. El paciente puede mejorar de la enfermedad aguda y, sin embargo, volver a casa con menos autonomía.

El hombre que ingresó caminando con andador permite ponerle una consecuencia concreta a ese deterioro. Había respondido inicialmente al tratamiento diurético, pero la sucesión de complicaciones lo dejó sin poder caminar. Como recuerda Vidán, superar el motivo del ingreso no impide que el paciente pierda «*autonomía para todas las actividades de la vida diaria*». ■

Cáncer de Próstata

El abordaje del cáncer de próstata en 2026 se orienta hacia la medicina personalizada, integrando diagnóstico por imagen, estratificación del riesgo, tratamientos multimodales y seguimiento individualizado



Diagnóstico y estadificación

El PSA continúa siendo la principal herramienta inicial, pero debe interpretarse junto con el tacto rectal, los antecedentes familiares, la edad y la esperanza de vida. Una novedad relevante de las guías EAU 2026 (European Association of Urology es recomendar **la repetición del PSA cuando se encuentra entre 3 y 10 ng/ml**, antes de realizar nuevas investigaciones en pacientes seleccionados sin hallazgos sospechosos adicionales.

La **resonancia magnética multiparamétrica** (RMmp) antes de la biopsia permite localizar lesiones sospechosas y reducir procedimientos innecesarios. Cuando se indica una biopsia, se recomienda combinar muestras dirigidas con muestreo adicional. La vía transperineal destaca por su menor riesgo infeccioso.

La actualización EAU incorpora una clasificación del riesgo en cinco niveles. Asimismo, el PET/TC con PSMA adquiere mayor importancia en la estadificación de pacientes de alto riesgo y en la detección de recurrencias, aunque su indicación depende del contexto clínico. El estudio genético germinal y las pruebas moleculares tumorales resultan especialmente relevantes en enfermedad avanzada o cuando pueden modificar el tratamiento.

Tratamiento de la enfermedad localizada

La vigilancia activa sigue siendo la estrategia preferente para muchos pacientes con tumores de bajo riesgo y puede considerarse en determinados tumores favorables del grupo ISUP 2. Su objetivo es evitar toxicidades innecesarias sin comprometer el control oncológico.

«En **cirugía robótica**, la experiencia del equipo y la selección del paciente son tan importantes como la tecnología para conseguir buenos resultados».

En pacientes candidatos a tratamiento curativo, la prostatectomía radical y la radioterapia constituyen las principales alternativas. Las recomendaciones EAU 2026 contemplan la radioterapia hipofraccionada en pacientes seleccionados con riesgo intermedio. En enfermedad ganglionar regional cN1, se recomienda radioterapia de la próstata combinada con hormonoterapia intensificada de larga duración.

Por otra parte, la actualización NCCN 2026 elimina la categoría de riesgo «muy bajo» y revisa los criterios de vigilancia activa. También mantiene cautela sobre la terapia focal como tratamiento inicial, debido a la limitada evidencia comparativa a largo plazo.

Cirugía robótica: avances recientes en 2026

La prostatectomía radical asistida por robot (PRAR) constituye una opción consolidada para el cáncer de próstata localizado y determinados casos localmente avanzados. La visión tridimensional, la precisión instrumental y la mayor ergonomía facilitan la disección pélvica y la preservación de estructuras neurovasculares, con menor pérdida sanguínea y recuperación posoperatoria generalmente más rápida que con la cirugía abierta.

Entre los avances recientes destacan los sistemas robóticos de puerto único, que permiten operar mediante una sola incisión o accesos alternativos, como la vía transvesical. Sin embargo, los metaanálisis publicados en 2026 muestran resultados oncológicos y funcionales globalmente comparables con los sistemas multiportal, sin demostrar una superioridad universal de las nuevas plataformas.También destaca la técnica Retzius-sparing, diseñada para preservar estructuras anatómicas implicadas en la continencia urinaria y favorecer su recuperación precoz. No obstante, estudios con seguimiento prolongado publicados en 2026 advierten de posibles diferencias en el control oncológico, por lo que la selección del paciente y la experiencia del cirujano son esenciales.

Otra línea innovadora es la integración de inteligencia artificial, reconstrucciones tridimensionales y realidad aumentada para localizar la extensión tumoral y orientar la preservación de los haces neurovasculares. Los primeros resultados son prometedores, pero estas tecnologías todavía requieren validación multicéntrica y seguimiento a largo plazo antes de generalizar su uso.

En conclusión, el beneficio de la cirugía robótica depende tanto de la plataforma como de la experiencia del equipo, la selección del paciente y el equilibrio entre control tumoral, continencia y función sexual.

Tratamientos sistémicos personalizados

Las principales novedades de 2026 son la integración de RMmp y biopsia dirigida, una estratificación del riesgo más precisa, el uso creciente de PET/TC con PSMA y la expansión de tratamientos sistémicos personalizados.
El objetivo es maximizar el control tumoral y minimizar el sobretratamiento, preservando la calidad de vida mediante decisiones compartidas y equipos multidisciplinares. ■



Mario Álvarez Maestro
Director del International Hub de la Asociación Española de Urología



¿Quedamos en el Colegio?

Un café, una comida, una conversación,
en pleno centro de Madrid.

Menús de comida y desayunos
Opciones vegetarianas y veganas

Dentro del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid
C/ Santa Isabel, 51

Tormentas *de Verano*



Vanesa, *"¿te fijaste en la lámina del cuadro del dormitorio? Es El Paso de la Laguna Estigia, de Patinir."*

Gritos de socorro de una mujer en un bloque de vecinos de una localidad de la periferia de Madrid.

Al compás se oyen ladridos y aullidos lastimeros de un perro en el mismo domicilio. Subimos rápido los escalones de un tercero sin ascensor. Cautela.

Las mirillas se mueven como ojos invisibles que nos observan tras el refugio de cada puerta. Sólo una de las vecinas la abre de par en par, en el segundo, a nuestro paso y nos informa.

"Hoy se la oye. Otras veces sólo se oyen los golpes de él cuando tira cosas."

"¿Algún problema psiquiátrico?" pregunto.

"No se llevan bien, los dos…llevan años así. Ya sabe, cosas de pareja…"

"Pide Policía, José. Pide Policía."

Llegamos al tercero casi de puntillas. Escuchamos. Han cesado los gritos, se han tornado en sollozos. El perro ha dejado de ladrar. Se escucha la voz de un hombre: *"Otra vez lo mismo. Siempre me provocas"*

"Voy a llamar. Atentos."
Pulso el timbre y se hace el silencio. Ni siquiera el perro ladra.

"Buenas noches. ¿Ocurre algo? ¿Se encuentran bien? Somos una unidad del SUMMA. Una persona pedía socorro. ¿Pueden abrirnos?".

"Lárguense que aquí no pasa nada."

"¿Y la señora? …Se oía a una señora pedir auxilio. ¿Puede decirnos ella si se encuentra bien?"

Un minuto que se nos hace interminable.

"Que se lo digas, coño, Esperanza; que les digas que no te pasa nada, que has vuelto a montarla como siempre".

"Bien, estoy bien."
Voz cansada, dolorida tras la impunidad de la puerta. La puerta que se cierra cuando todo ocurre y que se abre para que no ocurra más.

"¿Bien, seguro?" le pregunto.

"Sí, ya se lo ha dicho" responde él por ella.

"Son sus problemas psiquiátricos, se pone a gritar, la lía parda cada dos por tres".

Me doy la vuelta. Vamos abajo. Asienten los técnicos; José y Juan Carlos, y Vanesa, la enfermera. Llega Guardia Civil sin sirenas, dos dotaciones a toda velocidad.

Posible violencia de género. Otra más u otra menos. Contrarreloj de afirmaciones, contradicciones, medidas, protocolos, procedimientos, apoyos, vientos y mareas, el tenebroso terreno de lo aprendido, lo enseñado, lo nunca dicho, lo sospechado.

Subimos tras los efectivos de Guardia Civil. No quieren abrir la puerta. Les dejamos en su labor policial, la paradoja del uso de la fuerza para paliar el daño de la violencia.

Cuando entramos Esperanza llora ríos mansos a la vez que en el exterior estalla la tormenta. Llueve sobre las hojas secas del estío madrileño. Descarga una tromba de agua que deja a los curiosos atisbando tras las ventanas, también cerradas

Esperanza no habla, no se mueve, se queda encogida en la camilla de la ambulancia mientras Vanesa le limpia las heridas con suero fisiológico, una a una. El labio partido, la incisión sobre la ceja que precisará puntos de sutura.

Se encoge cuando, muy despacio, le exploro las muñecas, los antebrazos, las piernas, la espalda. Un rosario de pequeños moratones que cantan tristemente una partitura en varios tempos, compases de ira y odio.

El perro se ha escapado del domicilio y se ha tumbado enfrente de la ambulancia. Nos mira con la cabeza ladeada y también llora lágrimas de silencio.

Emite un gruñido quedo cuando bajan al varón esposado y le introducen en el coche patrulla.

"No se lo lleven"
Esperanza habla por él y para él.

"Esperanza…Esperanza. Mírate las heridas. Mira. Míralas. ¿No ves lo que te ha hecho?".

Pero Esperanza ya no ve, ni oye, ni siente, ni padece. Es mucho tiempo sumergida en esa laguna amarga del maltrato, de la humillación y del desprecio. Doblegada por una violencia desmedida, que, como toda violencia, no tiene ningún motivo salvo el de un tosco lenguaje del que no sabe, ni quiere, ni puede, comunicar de otra forma.Respira rápido, entrecortado, cuando le pregunto sobre cuánto tiempo, y cómo y dónde y cuándo, mientras relleno el parte de lesiones.

Caen, uno a uno, sus pétalos de rosa marchita en el suelo de la ambulancia.
Clorhexidina para las heridas del cuerpo, bolsas de gel frío para cada articulación inflamada y dolorida. Diacepam para la ansiedad crónica del alma. Dexketoprofeno y metamizol para cada zona de su cuerpo golpeada, protector gástrico que buscará paralelismos con las órdenes de protección que le impondrán, sí o sí. Metoclopramida para esa náusea infinita que se instaló en su corazón cuando él que debía amar, cuidar y proteger empezó a maltratar.

Laguna Estigia, inmensa y terrible; sobrevivir, entre la orilla de la vida y la muerte, rodeada de testigos mudos, remando el fuego del infierno de unas denuncias que le harán revivir cada momento que pretende acallar en su memoria y, en lontananza, el firmamento de otros recuerdos, bellos, que no volverán.

El cielo de Madrid sigue descargando una de sus cientos de tormentas de verano. Como Caronte hemos llevado a Esperanza al terreno de lo visible, pretendiendo no entregarla a la muerte, sino a la vida. Una vida sin miedo. En libertad.

Una vecina baja cuando estamos a punto de marcharnos al hospital.

"Yo me encargo del perrito, Esperanza, no te preocupes. Marcha tranquila. El tiempo que necesites. Todo el tiempo que necesites".■



Susana Jato-Sánchez O´Shane

Especialista en Medicina de Emergencias y Urgencias del SUMMA 112



Bebidas energéticas:
el *riesgo inocente*

Los datos reflejan la magnitud de su consumo. Según la encuesta **ESTUDES 2025**, el 38,4 % de los estudiantes de 14 a 18 años consumió bebidas energéticas en los últimos 30 días y el 15,2 % las mezcló con alcohol (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España —ESTUDES 2025—. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025). El consumo no se limita a los jóvenes: la encuesta EDADES 2024 señala que el 17 % de la población general las había consumido en el último mes y el 4 % las había combinado con alcohol (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. EDADES 2024. Infografía sobre bebidas energéticas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad; 2025).

> **El 38,4 % de los estudiantes de 14 a 18 años consumió bebidas energéticas en los últimos 30 día**

Estas bebidas contienen concentraciones elevadas de cafeína, alrededor de 32 mg por cada 100 ml, aunque algunas presentaciones alcanzan cantidades superiores. Una lata puede contener cinco veces más cafeína que un refresco de cola. A ello se añaden taurina, glucuronolactona, L-carnitina, vitaminas del grupo B y extractos vegetales estimulantes, como guaraná, ginseng o ginkgo biloba. Suelen incorporar, además, cantidades importantes de azúcares simples, con las consiguientes implicaciones metabólicas.

Sus riesgos afectan a distintos sistemas orgánicos. En el ámbito cardiovascular pueden aumentar la presión arterial y provocar taquicardia, palpitaciones, prolongación del intervalo QT, arritmias e incluso eventos isquémicos en personas predispuestas. Una revisión sistemática reciente encontró que los eventos cardiovasculares representaban cerca del 40 % de las complicaciones relacionadas con estas bebidas (Rodríguez-Cabrera C, et al. Efectos adversos de las bebidas energéticas. Revisión sistemática. Revista Española de Urgencias y Emergencias. 2026).

También pueden provocar insomnio, ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, cefaleas y alteraciones de la conducta, especialmente tras ingestas elevadas o en consumidores habituales. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) advierte de que dosis superiores a 1,4 mg de cafeína por kilogramo de peso corporal pueden alterar significativamente el sueño de niños y adolescentes, mientras que cantidades superiores a 3 mg/kg se asocian con efectos cardiovasculares, neurológicos y conductuales más importantes. En una persona de 70 kg, 210 mg de cafeína equivalen aproximadamente a dos o tres latas de estas bebidas.

La elevada carga de azúcares contribuye, además, al sobrepeso, la obesidad, la resistencia a la insulina y la caries dental. Diversos estudios han asociado su consumo habitual con otros comportamientos poco saludables, como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Tampoco puede ignorarse su potencial adictivo. El DSM-5 reconoce el síndrome de abstinencia de la cafeína como entidad clínica, aunque no existe evidencia concluyente de que los demás compuestos generen dependencia en humanos. Sin embargo, pueden potenciar los efectos estimulantes y reforzar la sensación de activación y bienestar. Su utilización habitual para estudiar, trabajar o prolongar actividades de ocio puede favorecer una dependencia conductual, alimentada por una falsa percepción de seguridad.

La evidencia aconseja reforzar la educación sanitaria, mejorar la información y limitar la exposición de los menores a unas bebidas cuyos riesgos están mejor documentados que sus supuestos beneficios. Los profesionales sanitarios debemos contribuir a informar a la población sobre los riesgos de estos productos aparentemente inocente.■



Juan Jesús Hernández
Especialista en Medicina de Drogodependencias

Cooperar *transforma*



Carmen Hernández Pérez, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y directora médica del proyecto Cirugía en Turkana, compagina su actividad asistencial con la formación de futuros médicos en cooperación internacional. Su trayectoria ha sido reconocida con la Medalla de Honor del Departamento de Cirugía de la Universidad Complutense de Madrid, mientras que el proyecto Cirugía en Turkana ha recibido el Premio Fundación MAPFRE por su impacto social.



«Hacer solo lo que podemos hacer,no lo que sabemos hacer»

¿Qué encontró allí la primera vez para que, casi veinte años después, Turkana siga formando parte de su vida?

Encontré un lugar inhóspito, aislado, abandonado a su suerte. Un lugar que me hizo plantearme tantas preguntas que aún sigo buscando respuestas. Por eso sigo ahí.

Cuando hablamos de Turkana desde Madrid, resulta difícil hacerse una idea de las necesidades reales. ¿Con qué situación sanitaria se encuentra hoy una persona que necesita una intervención quirúrgica en esta región del norte de Kenia?

Se encuentra en la misma situación en la que se encuentran millones de personas en nuestro planeta, en lugares donde el acceso a la salud y a los médicos es muy limitado y, a veces, inexistente. Es algo difícil de imaginar para los que vivimos el lado amable de la vida.

El proyecto ha pasado de ser fundamentalmente asistencial a trabajar también en docencia e investigación. ¿Cómo ha evolucionado desde aquellas primeras campañas y qué es hoy Cirugía en Turkana?

Cirugía en Turkana nace con una vocación asistencial: ese es el eje central de la actividad de un cirujano. Pero, una vez asentada esta faceta, teníamos que dar cabida a las otras dos que también coprotagonizan la labor de un médico: la docente y la investigadora. Solo así llegamos a abarcar todas las posibilidades y a sacarle todos los frutos al árbol de nuestra ayuda. Todo ello sin olvidar las otras dos ramas: logística y divulgación.

En la campaña de 2026 han realizado más de 400 intervenciones y alrededor de 1.300 consultas. ¿Qué patologías atienden con mayor frecuencia y qué tipo de cirugía realizan allí?

Tratamos a una población en la que las enfermedades infecciosas tienen un papel protagonista: malaria, tuberculosis, VIH, infecciones respiratorias y diarreas. Todas ellas



suponen una fuerte carga de enfermedad que se suma a la desnutrición y la anemia crónicas de estos pacientes. Esto los hace vulnerables ante cualquier intervención quirúrgica, por lo que la selección de los pacientes debe ser muy cuidadosa. Esa es la pieza clave del éxito de las campañas. Se organizan meses antes de nuestra llegada con nuestro equipo del Hospital de Lodwar. Ellos recorren el territorio seleccionando casos quirúrgicos. Transportamos a los pacientes al hospital, los operamos y los llevamos de vuelta a casa. Esto requiere un gran esfuerzo logístico y financiero, pero es la única forma de aprovechar al máximo nuestra capacidad asistencial.

Operar en Lodwar o Kakuma tiene poco que ver con hacerlo en un hospital de Madrid. ¿Qué condiciona más la práctica quirúrgica cuando los medios, las pruebas diagnósticas y los recursos son limitados?

Es el propio paciente el que pone las normas. Eso ocurre en cualquier medio, pero la diferencia allí es que la mayor parte de las veces no podemos mejorar las condiciones del enfermo porque no contamos con los recursos necesarios —nutrición, sangre, etc.—. Por ello, más que nunca, la prudencia debe guiar cada decisión: hacer solo lo que podemos hacer —que a veces es poco—, no lo que sabemos hacer —que puede ser mucho—. Eso muchas veces supone descartar cirugías ante el riesgo para el paciente. En cuanto a las pruebas diagnósticas, contamos con uno o dos radiólogos que nos acompañan desde España y que nos aseguran un diagnóstico de la máxima calidad posible, así como con un laboratorio que también hemos desarrollado nosotros.

En cooperación existe siempre el riesgo de que la ayuda desaparezca cuando el equipo extranjero regresa a casa. ¿Cómo trabajan para que el proyecto siga en desarrollo y no se limite a operar durante quince días al año?

Nuestra contraparte sigue trabajando todo el año en los hospitales y mantenemos con ella un contacto fluido. En los proyectos de investigación, la actividad no cesa en ningún momento, y la docencia tampoco. Hemos organizado también becas para médicos o técnicos de Turkana en varios de nuestros hospitales y universidades, para que conozcan nuestra manera de trabajar y nuestros medios.

La formación del personal sanitario local se ha convertido precisamente en uno de los pilares del proyecto. ¿Qué conocimientos y procedimientos pueden transferir y qué han aprendido ustedes, a su vez, de los profesionales kenianos?

La docencia ha supuesto, por una parte, compartir el proyecto con los más jóvenes: médicos internos residentes y alumnos del grado en Medicina, que forman parte de Cirugía en Turkana desde hace muchos años. Es para nosotros un orgullo ver cómo crecen con el proyecto y cómo, a la vez, lo hacen crecer. Los formamos en conocimientos y en valores. Además, la universidad nos ofrece una enorme plataforma docente para transmitir esta formación a través de la asignatura optativa Medicina sin Fronteras, que comenzamos en 2015; de la Cátedra Extraordinaria UCM-Eductrade (2023); o del máster en Salud Planetaria, que dará comienzo en 2027.

Formamos un gran equipo con todo el personal de los hospitales de Turkana, y esto se traduce en líneas de investigación conjunta, publicaciones, comunicaciones, etc. Aprendemos, a su vez, de nuestros colegas kenianos, de su modo de enfocar la salud y de su manera de tratar a los pacientes. Después de tantos años allí, profesamos un respeto y una admiración por nuestros compañeros kenianos que son mutuos.

«**No jugar a ser Dios** y mantenerse del lado de lo que realmente necesita tu paciente, aunque eso suponga añadir más arrugas a tu cara y más tristeza a tu vida»

Otro de los ejes es la investigación, con trabajos sobre enfermedades desatendidas, infecciones, nutrición o micetoma. ¿Por qué es importante investigar además de asistir y qué conocimiento puede aportar Turkana a la medicina más allá de sus fronteras?

Porque la docencia y la investigación son las que hacen que el proyecto crezca y las que harán que perdure en el tiempo. Las personas, tanto de allí como de aquí, a las que hemos formado, a su vez, formarán a otras, y solo así podremos alcanzar unos sistemas sanitarios más fuertes, equitativos y justos. La investigación bucea en los problemas de salud a los que se enfrentan estas sociedades, y muchos de ellos son globales: problemas que nos afectan a todos, como el cambio climático, la seguridad alimentaria o las resistencias antimicrobianas. Problemas globales para los que hay que trabajar unidos en la búsqueda de soluciones globales.

Usted trabaja en España como cirujana y una de sus áreas de experiencia ha sido la cirugía de la obesidad. En Turkana se enfrenta a una realidad sanitaria y nutricional radicalmente distinta. ¿Qué provoca profesionalmente convivir con esos dos extremos de la enfermedad?

Como les digo siempre a mis alumnos, vivimos en un planeta absolutamente disparatado donde, mientras medio mundo se muere por el exceso de comida y la obesidad, el otro medio se muere de hambre y de sed. Convivir con ambas realidades, sobre todo, me lleva a no juzgar, solo a trabajar por mejorarlas, porque suponen, en los dos casos, un enorme sufrimiento para millones de seres humanos.

Después de tantos años, habrá pacientes y situaciones que permanezcan en la memoria. ¿Hay alguna historia que explique mejor que cualquier cifra por qué sigue regresando?

Porque admiro la valentía de los pacientes, su valentía y su titánica lucha para sacar adelante su vida sin agua, sin comida, bajo un sol abrasador. La valentía de las madres que luchan por cada uno de sus hijos aunque no tengan apenas qué ofrecerles. Porque he aprendido que detrás del que no tiene nada y va cubierto de harapos hay una persona como yo, como cualquiera de nosotros, un ser humano que merece ser feliz.

¿Qué le ha enseñado Turkana sobre los límites de la medicina? ¿Hay momentos en los que saber qué habría que hacer y no disponer de los medios para hacerlo resulta especialmente difícil de asumir?

Claro, eso es lo más difícil siempre en la vida de un médico: decir que no. Aunque sea en beneficio del paciente. No jugar a ser Dios y mantenerse del lado de lo que realmente necesita tu paciente, aunque eso suponga añadir más arrugas a tu cara y más tristeza a tu vida.

Un proyecto así implica utilizar vacaciones, alejarse de la familia y asumir unas condiciones de trabajo exigentes. ¿Qué recibe usted personalmente de esta experiencia para que siga compensando ese esfuerzo?

En mi caso, fui a Turkana persiguiendo un sueño. Me fui dejando a mi marido, a mi hija de dos años y a mi hijo de siete meses. Me fui aterrada, pero sabiendo que tenía que intentar cumplir aquello que era parte de mí. Hoy, veinte años después, sé que no me equivoqué. Este proyecto forma parte ahora de la vida de mi familia, de la de mis amigos, de la de mis alumnos. Creo que he compartido con todo el que me ha querido escuchar este pequeño gran milagro llamado Turkana.■



Elena Benítez Cerezo es psiquiatra

«Yo no soy ninguna superheroína. Tengo que elegir y elijo mi vida»

Madre de dos hijos neurodivergentes, la psiquiatra Elena Benítez dejó la sanidad pública después de años de presión asistencial, dificultades para conciliar y una sensación creciente de desprotección. Hoy trabaja por cuenta propia y ha recuperado algo que necesitaba tanto para su familia como para sus pacientes: tiempo.

Hubo un momento en que Elena Benítez Cerezo dejó de estar simplemente cansada. «*Yo llegaba a mi casa totalmente drenada. No agotada, drenada. No tenía fuerzas para nada*». Era psiquiatra en la sanidad pública, madre de dos niños con necesidades especiales de atención y llevaba años intentando responder a todo. En el hospital sentía que no podía atender a sus pacientes como merecían. En casa, el desgaste le impedía estar con sus hijos como quería. Dejar la pública fue una decisión dolorosa que durante un tiempo vivió como un fracaso. Hoy, con otra perspectiva, habla de supervivencia, de conciliación y de una medicina que también debe aprender a cuidar a sus profesionales.

¿Qué te llevó a dejar la sanidad pública?

Uno de los motivos principales fue que no estaba dando la calidad asistencial que sentía que tenía que dar. Tenías un paciente cada veinte minutos, que en psiquiatría es poquísimo, y además debías atender urgencias, pacientes sin cita, altas hospitalarias… Pasabas el día apagando fuegos. Intentas hacer tu trabajo lo mejor posible, pero eso tiene un coste emocional. Y cuando ves que la situación no tiene visos de cambiar, te acabas desgastando.

¿Y cómo afectaba ese desgaste a tu vida familiar?

Llegaba a casa totalmente drenada. Los hijos pequeños son maravillosos, pero necesitan atención, cuidados, llevarlos al colegio, a las actividades, atenderlos cuando enferman… No puedes estar veinticuatro horas al máximo. Y, al final, quienes lo pagan son los tuyos. Llegó un momento en que tuve que apostar por mi calidad de vida, por no hacer guardias y por tener horarios más flexibles. También necesitaba poder hacer deporte, cocinar, cuidar mi propia salud.

Tienes dos hijos neurodivergentes, uno de ellos con autismo. ¿Encontraste comprensión cuando necesitaste conciliar?

Fue muy difícil. Al principio del diagnóstico de mi hijo mayor pasamos una etapa muy dura, con muchísimas consultas y pruebas médicas. Tenía una reducción de jornada e intentaba organizar todas esas citas en mi día de reducción. Pero

«Durante los primeros años viví como un fracaso haberme ido de la sanidad pública»

hubo una prueba que tenía que hacerse por la mañana porque requería anestesia, y llegaron a decirme que esas cosas tenía que ponerlas en mi día de reducción.Tuve que enviarles el listado de todas las pruebas y consultas que le habían hecho a mi hijo en seis meses. Estamos hablando de un niño de dos años. Tener que estar continuamente dando explicaciones, justificándote y peleando por algo así es muy desgastante.

Resulta especialmente llamativo que eso sucediera trabajando en el propio ámbito sanitario.

Y no fue una situación de un único hospital. Me pasó trabajando en centros diferentes. Lo extraordinario es encontrar un servicio que realmente entienda estas circunstancias. Muchas veces, cuando solicitas una excedencia o una reducción de jornada, sientes que te están haciendo un favor, cuando es un derecho. Siempre aparece el argumento de los compañeros o de los pacientes. Pero la gestión del sistema no es mi responsabilidad.

Has hablado de una decisión dolorosa. ¿Sentiste que estabas renunciando a tu vocación?

Muchísimo. Tengo una vocación de servicio muy importante y para mí fue un dilema moral muy complicado. Durante los primeros años viví como un fracaso haberme ido de la sanidad pública. Parece que trabajar en la privada está mal visto, cuando seguimos siendo los mismos profesionales y seguimos prestando atención sanitaria. Ahora lo veo de otra manera.

¿Qué ha cambiado desde que trabajas por cuenta propia?

Ahora dedico a mis pacientes el tiempo que considero que debo dedicarles. Si tengo una reunión en el colegio o una cita médica con mi hijo, puedo modificar mi agenda. No hago guardias, tengo tiempo para formarme y puedo organizarme. Ser autónoma tiene sus complicaciones, pero siento que acerté. Lo mío fue pura supervivencia. Si no cambiaba mi manera de trabajar, no iba a poder con todo.

Tu experiencia como madre también ha influido en tu relación con las familias que atiendes. ¿En qué sentido?

Yo ya estaba formada en trastornos del neurodesarrollo antes de tener hijos. Pero mi experiencia personal cambió mi manera de relacionarme con los pacientes. Me habían enseñado un modelo en el que el médico estaba a un lado y el paciente al otro, sin compartir nada personal.

Cuando llegaban familias muy angustiadas y me decían «es que no sabes lo que es», empecé a responderles: «Pues mira, sí que lo sé, porque yo también lo he vivido». Y descubrí que esas familias se abrían mucho más. Me contaban situaciones muy difíciles, cosas que les avergonzaban y que probablemente no habrían compartido de otra manera. Comprendí que contar parte de mi experiencia no perjudicaba la relación terapéutica; la enriquecía.

Esa doble mirada está también en tu libro, Hijos neurodivergentes.

Sí. El libro nace de mi experiencia como madre y de mis conocimientos como psiquiatra. Siempre me había interesado el neurodesarrollo, pero vivirlo en casa me ha permitido comprender mejor muchas de las situaciones que atraviesan las familias. Quería unir esas dos perspectivas y compartir lo aprendido.■

Sonría, por favor: una prescripción *sin efectos secundarios*



Una sonrisa puede expresar alegría, tender puentes o esconder una ironía. La dermatóloga Aurora Guerra explora la relación entre el gesto, la emoción y el humor en un recorrido que conecta la neurología con nuestra forma de relacionarnos y entender el mundo.

-Por favor doctora, necesito una receta de humor. Apenas me quedan bromas para esta semana.

¡Ojalá pudiese prescribirse! ¿Se imaginan?

- Lea un chiste cada ocho horas.

- ¿Antes o después de las comidas?
Y que todos los males mejorasen a partir de ahí.

Pero, aunque parezca extravagante, les puedo asegurar que no me estoy inventando nada. La risa y el humor que la provoca se pueden utilizar como un complementario recurso terapéutico. Como tal se ha postulado en numerosos foros de mayor o menor fiabilidad. Pero solo de forma reciente la ciencia parece haberlo demostrado.

Así, una publicación de hace apenas unas semanas ha aportado un metaanálisis, esto es, un trabajo en el que se suman los resultados de múltiples estudios independientes sobre un mismo tema, acerca, en este caso, del efecto de la risa sobre la depresión y la ansiedad. El análisis estadístico de los datos consideró solamente ensayos controlados aleatorizados en las principales bases de datos otorgando de este modo a la publicación el valor de la máxima evidencia científica. Las intervenciones, que podríamos encuadrar en el concepto de risoterapia, incluían videos, cuentos graciosos y carcajadas simuladas. Los resultados mostraron un efecto beneficioso de forma estadísticamente significativa, esto es, con un valor objetivo.

Con la misma intención y resultados se publicó hace pocos meses un trabajo similar, pero, esta vez, recogiendo los datos de 543 pacientes con cáncer que acompañaban su enfermedad física con importantes alteraciones emocionales. Así pues, parece probado que la risa y el humor, mejoran el bienestar y la salud mental.Pero todavía hay más.

Desde que Darwin publicó The Expression of the Emotions in Man and Animals en 1872, numerosos estudios han demostrado la doble dirección existente entre las expresiones y las emociones, de tal manera, que una risa sin ganas, esto es, el gesto risueño provocado conscientemente sin otro motivo que la voluntad de sonreír aún sin un motivo cómico, puede llevar a los mismos resultados beneficiosos que la risa genuina. Este camino bidireccional de doble sentido - el gesto lleva a la emoción, y la emoción lleva al gesto- esta mediado neurológicamente, por un mecanismo de espejo específico.

Pero, ¿existe alguna relación entre la risa y las enfermedades de la piel?

Es sabido que los pacientes con alteraciones cutáneas tienen un 30 % más de alteraciones mentales que el resto. Es algo totalmente comprensible dado que, al afectar directamente a la imagen corporal, constituyen un campo privilegiado para el abono de perturbaciones emocionales: trastorno dismórfico corporal, autoagresiones y comportamientos agresivos y antisociales o, por el contrario, personalidades retraídas y alexitímicas, ansiedad y depresión. En todos los casos, la suicidabilidad —concepto que engloba desde pensamientos e ideas hasta planes e intentos suicidas— está presente.

El humor, la risa y la sonrisa, pueden mejorar estas patologías al disminuir la cascada inflamatoria desencadenada por el estrés, y sus consecuencias. Pero otras veces, no es la enfermedad la que mejora, sino la forma de sobrellevarla. Algunos pacientes, por ejemplo, subliman el dolor, se ríen de él, transformando una cicatriz en una sonrisa, al tatuar sobre ella el dibujo de una cremallera. no podemos dejar de mencionar el encuentro de la dermatología y el humor que muchos de nuestros escritores han plasmado en sus obras. También su lectura, puede ser motivo de sonrisa y terapia.

Así nuestro magnífico Francisco de Quevedo (1580-1645), al que Góngora (1561-1627) llamaba "Quebebo" tildándole así de borrachín, dijo con suma gracia a propósito de la calvicie masculina en su poema Calvo que no quiere encabellarse: *"Pelo fue aquí, en donde calavero; / calva no solo limpia, sino hidalga; háseme vuelto la cabeza nalga: / antes greguesco pide, que sombrero"*. (Greguesco: calzón).

Ramón de Mesonero Romanos (1803-1882) criticó con ironía la presunción de algunos médicos:"*No hay que dudar; está yerto, /ya expiró* —dijo el doctor. */Y* el enfermo: *"No, señor / – le contestó– no estoy muerto.*
El médico, que lo oyó, /mirándole con desprecio /le replicó: — *¡Calle el necio! / ¿Querrá saber más que yo?"*

Y a propósito del envejecimiento y su disimulo, escribió esta letrilla Enrique Sierra Valenzuela (1845-1880): "*Asegura doña Clara / que aún no llega a la vejez, / cuando tiene ya la cara / como cáscara de nuez"*.

Y por último, acercándonos a la narrativa, nuestro Príncipe de los Ingenios, Miguel de Cervantes Saavedra (1547-1616) llenó su gran novela El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha con multitud de situaciones humorísticas engranadas con la piel.

Así, en el capítulo 10 de la segunda parte, Sancho Panza describe a una aldeana, como si se tratase de la bella Dulcinea, sublimando un feo nevo pigmentario de este modo: *"...Aunque, para decir verdad, nunca yo vi su fealdad, sino su hermosura, a la cual subía de punto y quilates un lunar que tenía sobre el labio derecho, a manera de bigote, con siete u ocho cabellos rubios como hebras de oro y largos de más de un palmo"*.

También se hace presente la Dermatología cuando en el capítulo 44 de la segunda parte, Altisidora, cómplice de las burlas del Duque y la Duquesa a caballero y escudero, dice a Don Quijote fingiéndole amor: "¡Oh! ¡Quién se viera en tus brazos o si no, junto a tu cama, rascándote la cabeza y matándote la caspa!"

Risoterapia, el gesto llevando a la emoción, reírse del dolor inevitable, leer el humor de nuestros genios... todo nos lleva al título: sonría por favor.Porque como dijo el poeta Pablo Neruda (1904-1973): *"Quítame el pan si quieres. /Quítame el aire. / Pero no me quites tu risa"*.■



Aurora Guerra Tapia
Especialista en Dermatología, Venereología y Tricología.
Profesora Titular deDermatología de la Universidad Complutense de Madrid.

Ciudad Real planta cara a las agresiones a médicos

El Colegio de Médicos de Ciudad Real (COMCR) ha reunido a instituciones judiciales, policiales y sanitarias para combatir la violencia contra los facultativos, ha respaldado las movilizaciones por el Estatuto Marco y ha impulsado espacios y monumentos para mantener vivo el recuerdo de los profesionales fallecidos durante la pandemia.

Las agresiones a médicos marcaron nuestros primeros meses al frente del Colegio de Médicos de Ciudad Real. Apenas habíamos asumido nuestras responsabilidades, en abril de 2025, cuando comenzaron a sucederse episodios de violencia contra profesionales sanitarios. Desde la Junta Directiva tuvimos claro que no podíamos limitarnos a emitir comunicados de condena cada vez que un compañero era insultado, amenazado o agredido durante su trabajo.

Decidimos dar un paso más y reunir a los colegios profesionales sanitarios de Ciudad Real, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, fiscales, jueces y médicos forenses para abordar conjuntamente un problema que nos preocupa especialmente. Queremos mejorar la coordinación, agilizar las actuaciones y garantizar que cualquier médico que sufra una agresión encuentre respaldo desde el primer momento.

Aunque hemos observado cierta disminución de los casos respecto al verano de 2025, especialmente complicado, nuestra posición sigue siendo la misma: «Mientras haya una agresión, la tolerancia tiene que ser cero». Hemos reforzado nuestra capacidad de respuesta y el acompañamiento jurídico a los facultativos afectados, porque ningún compañero debería afrontar solo una situación de violencia.

La defensa de la profesión también nos ha llevado a implicarnos activamente en las movilizaciones contra la reforma del Estatuto Marco. Desde nuestra Junta Directiva hemos respaldado las reivindicaciones de los médicos y participado en las manifestaciones celebradas en Madrid. También hemos defendido la recuperación de la carrera profesional en Castilla-La Mancha, cuyo desbloqueo consideramos estrechamente ligado a la presión ejercida durante las huelgas médicas.

Otra de nuestras reivindicaciones ha sido recuperar Ciudad Real como sede de los exámenes de Formación Sanitaria Especializada. Hemos trasladado personalmente esta petición al Ministerio de Sanidad, sin obtener una respuesta favorable. Consideramos que la eliminación de nuestra provincia como sede en la convocatoria de 2026 perjudica innecesariamente a los aspirantes, obligándolos a desplazarse para realizar unas pruebas decisivas en su futuro profesional.

Siete cipreses para siete compañeros

Si la defensa profesional ha ocupado una parte importante de nuestro trabajo, hay otro proyecto que nos ha emocionado especialmente: mantener vivo el recuerdo de los médicos que perdieron la vida durante la pandemia.

El pasado 28 de marzo, coincidiendo con el sexto aniversario del fallecimiento de nuestra compañera Sara Bravo López, inauguramos un espacio conmemorativo junto a las Urgencias del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Allí plantamos siete cipreses, uno por cada médico de nuestra provincia fallecido por COVID-19, acompañados de placas con sus nombres. Fue un acto profundamente emotivo, compartido con sus familiares, compañeros y representantes institucionales. Queríamos que su recuerdo permaneciera en un lugar vinculado a la asistencia



Acto de homenaje de los médicos fallecidos por la Covid en Ciudad Real.

sanitaria, visible para quienes acuden cada día al hospital.Pero nuestra intención es ir más allá. Con el apoyo de la Diputación Provincial, que ha destinado 40.000 euros a esta iniciativa, hemos convocado el concurso artístico «José Luis León Rubio» para diseñar una escultura dedicada a la profesión médica. Participarán estudiantes de las escuelas de arte de Ciudad Real y Tomelloso.

Este monumento completará el espacio situado junto al hospital y el futuro Campus Biosanitario de la Universidad de Castilla-La Mancha. Queremos que sea un reconocimiento permanente a quienes nos precedieron, a quienes entregaron su vida durante la pandemia y a todos los médicos que han cuidado de generaciones de pacientes.

Formación y salud pública

También hemos querido llevar la actividad del Colegio fuera de sus instalaciones. Organizamos en la Plaza Mayor de Ciudad Real una jornada de prevención cardiovascular en la que los ciudadanos pudieron realizarse pruebas ecográficas y controles de colesterol. Además, hemos estrechado nuestra relación con asociaciones de pacientes como AMUMA y AFANION, impulsado convenios de colaboración y comenzado a trabajar en iniciativas vinculadas al paciente experto y las escuelas de pacientes.

La formación continuada ha sido otra prioridad de nuestra Junta Directiva. Hemos creado un Campus Virtual, renovado el salón de actos e invertido en medios audiovisuales para ampliar los cursos y facilitar su seguimiento. También hemos reforzado las becas, los premios científicos y la precolegiación para acercar el Colegio a estudiantes y futuros médicos.

Después de estos primeros dieciocho meses, quiero reconocer especialmente el trabajo de todos los compañeros de la Junta Directiva, las comisiones y el personal del Colegio. Nada de lo que hemos conseguido habría sido posible sin su implicación. Nuestro propósito es seguir construyendo una institución que defienda a sus médicos, recuerde a quienes ya no están y contribuya, con iniciativas concretas, a mejorar la salud de nuestra provincia.■



Manuel Rayo Gutiérrez
Presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real



La fase final de la vida (I)

Abordamos un tema que cae de pleno en el día a día de la actividad médica. Es imposible para el profesional de la medicina prescindir ni un solo momento, directa o indirectamente, de la referencia a la muerte. Y es, también, intrínsicamente contradictorio que el propio médico o un paciente le pida al médico ayuda para quitarse la vida. El profesional de la medicina ha realizado y finalizado sus estudios esencialmente con un motivo principal: preservar la vida de todo enfermo. Dicho de otra forma, la eutanasia y el llamado suicidio asistido, al margen de especulaciones filosóficas, están totalmente fuera del radio de acción del ejercicio de la medicina.

Uno de los argumentos más utilizados por los partidarios de provocar la muerte del paciente, es presentar la muerte como tratamiento al dolor insoportable e insufrible. Es un argumento que tiene un suspenso rotundo en medicina. Como mucho, es un pensamiento filosófico utilitarista que pervierte a la medicina para hacerla instrumento de ejecución dirigida por una confusa compasión. La compasión verdadera no se desentiende del tratamiento eficaz del dolor.

Con claridad lo refleja el Prof. Herranz en las palabras que siguen:

«*Hay que empezar por señalar que, en los decenios recientes, el dolor ha sido investigado muy en serio. Se han esclarecido muchos aspectos de su fisiopatología, se ha avanzado de modo muy notable en el conocimiento de los mediadores del dolor, de sus moduladores, de los fármacos que lo mitigan. Ha nacido una auténtica especialidad, que es la Medicina del dolor».*

Por tanto, la idea de que existen dolores insoportables, insufribles, que no ceden de modo alguno a la intervención terapéutica inteligente y actual, es una idea que, en principio, se ha de cuestionar. Desde el punto de vista fisiopatológico y farmacológico tenemos ya suficientes armas que nos ayudan a reducir el dolor a un nivel tolerable. Eso puede exigir ensayos, fracasos, reiniciar tratamientos, reconocer que un camino está cerrado y se ha de abrir otro. Este es el camino real de la Medicina: hay que estudiar más cada caso, rectificar errores, ensayar soluciones. No siempre se acierta a la

HOMENAJE A

Gonzalo Herranz

Madrid: Organización Médica Colegial.
ISBN 978-84-616-3669-3.



Gonzalo Herranz Rodríguez, profesor honorario de Ética Médica

primera. La solución no está, como veremos, en la eutanasia».Pero se podría también argumentar que el dolor no es solo físico. Que el dolor afecta a la persona muchas veces más de forma psíquica que de forma física.

«Todos sabemos que el dolor no solamente es dolor físico, sino que de ordinario tiene un eco mental y emocional muy fuerte. El dolor físico no es sólo algia, sino también sufrimiento. Los psicofármacos y, hasta cierto punto, la psicoterapia, pueden reducir el dolor, pero generalmente resultan insuficientes. A veces, el sufrimiento responde, porque es como un eco de humanidad en el que sufre, cuando se ponen remedios humanos, que consisten fundamentalmente en el consuelo y en el acompañamiento. Y esto en Medicina, sobre todo en la Medicina actual, no es fácil. Muchos médicos no han sido educados en ese aspecto, no sabe aplicarse él como fármaco.

Hay pacientes que llevan su sufrimiento con entereza y calladamente; otros que lo expresan de modo muy retórico y dramático, espectacular, hasta el punto de que hacen dudar de que lo que les pasa es algo auténtico. El médico ha de saber evaluar qué es y cuánto es el eco emocional del dolor, conocer los modos en que sus pacientes traducen el dolor en sufrimiento emocional y moral, porque de eso depende en gran medida la conducta que el médico ha de seguir.

Muchas veces les he contado a mis alumnos una sabia y dura sentencia de un Juez americano que castigó con una pena económica muy cuantiosa a una médica y a un centro geriátrico, por haber desatendido la recomendación del médico de cabecera de un paciente con carcinoma de próstata con metástasis esqueléticas múltiples.

El paciente necesitaba dosis extraordinariamente altas de opiáceos: eran necesarias para controlar el dolor. La médica que se encargó del paciente concluyó, por mera intuición, que estaba delante de un caso de adicción a opiáceos. Los suprimió, y los sustituyó por paracetamol. El paciente murió al cabo de pocos días con dolores insoportables. La médica fue denunciada. El Juez en su sentencia estableció que el único árbitro de la intensidad del dolor y de las características del sufrimiento es el propio paciente. A mí me parece que la sentencia presta apoyo judicial a un principio ético básico: que el médico ha de entender al paciente, ha de entenderse con él, oírle y hacerle caso. Si esto se comprendiera y se practicara desaparecería de la relación clínica mucho antagonismo, y disminuirían en número e intensidad los problemas que terminan en los tribunales. Además, se reduciría al silencio el argumento de los movimientos pro-eutanasia fundado en lo insuficiente de los tratamientos médicos.*"Desde el corazón de la Medicina" (Pag 123-140)* ■



Juan Llor Baños

Profesor de Master en Ética Médica. Especialista en Medicina Interna y Enfermedad Alcohólica.



Bárbara Las Heras: entre la Medicina y el pádel de élite

La jugadora de pádel y especialista en Medicina Física y Rehabilitación relata cómo dejó la competición para estudiar Medicina, regresó a la élite seis años después y afrontó una grave lesión de rodilla que le permitió conocer la recuperación desde el lado del paciente. como una afición terminó llevándola otra vez a la élite del paciente

Con solo 19 años ya había sido campeona del mundo en categorías inferiores, pero decidió dejar el pádel para estudiar Medicina. ¿Qué le llevó a tomar aquella decisión?

Como bien dices, he tenido que tomar decisiones importantes a lo largo de mi carrera, y esta fue una de ellas. Aunque desde fuera pueda parecer una decisión muy difícil, lo cierto es que en aquel momento, con 18 años, no lo viví así.

Venía de ser campeona del mundo varios años consecutivos en categorías de menores y estaba empezando a jugar fases finales en categoría absoluta, al mismo tiempo que continuaba con mis estudios. Cuando empecé la carrera de Medicina, intenté compaginar ambas cosas, pero me di cuenta de que no conseguía hacerlo con la dedicación y la eficacia que me exigía a mí misma. Siempre he sido bastante perfeccionista, para bien y para mal, y me costaba aceptar no poder dar el cien por cien en las dos facetas.

Además, el pádel de entonces no era el que conocemos hoy. Las posibilidades de convertirlo en una profesión y vivir de ello eran mucho más limitadas, por lo que la Medicina me ofrecía una carrera profesional con la que también me sentía muy identificada. Por eso, con 19 años decidí dejar el pádel y centrarme en la Medicina. En aquel momento sentí que era la decisión adecuada, aunque, evidentemente, no podía imaginar que años después volvería a dedicarme profesionalmente al pádel.

El pádel profesional ha cambiado mucho desde entonces. Si hubiera tenido las oportunidades económicas y deportivas de hoy, ¿habría elegido igualmente la Medicina?

Si el pádel hubiera tenido entonces las oportunidades que tiene hoy, probablemente me lo habría planteado de otra manera. Ahora mismo estoy muy agradecida de tener una carrera con tantas posibilidades, pero también de contar con la Medicina, porque nunca sabes qué contratiempo puede surgir en la carrera de un deportista. Eso sí, estoy segura de que la decisión no habría sido nada fácil.

Pasó seis años prácticamente sin competir y, después del MIR, volvió a coger una pala. ¿Cómo terminó aquel regreso inesperado llevándola otra vez a la élite mundial?

Sin querer. Es, probablemente, la respuesta más honesta que puedo dar. Durante esos seis años me dediqué al cien por cien a estudiar Medicina y preparar el MIR. Noté muchísimo la diferencia en mi rendimiento académico desde que dejé el pádel. En cuarto de carrera, el propio Ministerio me reconoció con una beca por tener una nota media superior al 9,25. En todo ese tiempo, apenas recuerdo haber jugado cuatro partidos.



Bárbara de las Heras es especialista en Medicina Física y Rehabilitación

«Una derrota no define quién eres ni todo lo que vales»

Cuando terminé el MIR, tenía unos meses libres antes de empezar mi formación como especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Fue entonces cuando, simplemente como hobby, empecé a jugar algunos torneos de categorías inferiores, sin ninguna expectativa ni intención de volver a dedicarme profesionalmente al pádel. Pero empecé a conseguir resultados muy rápido, mucho más de lo que esperaba, y poco a poco me fui involucrando de nuevo en la competición.

Lo que había empezado como una afición acabó llevándome a conseguir grandes logros: llegué a ser la pareja número 5 del mundo, alcancé el TOP



«La Medicina sigue siendo una parte fundamental de mi vida»

Bárbara Las Heras durante un partido del circuito profesional de pádel, donde compite al más alto nivel.

11 del ranking individual y tuve la oportunidad de ser campeona del mundo con la selección española. Todo ello, mientras realizaba mi formación como médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación del Hospital La Paz.

Nunca me habría imaginado que, después de haber dejado el pádel para centrarme en la Medicina, acabaría volviendo y viviendo una etapa deportiva así. No fue una decisión que planeara, sino algo que sucedió de forma natural. Creo que, en el fondo, aquella parte de mi vida nunca se había cerrado del todo; simplemente había quedado en pausa durante unos años.

Hoy el pádel vuelve a ocupar buena parte de su vida, pero sigue pasando consulta. ¿Qué necesita conservar de su faceta como médica?

Actualmente trabajo como médica rehabilitadora en la Unidad de Tráfico del Hospital La Salud de Valencia. Voy pocos días al mes, pero para mí es importante seguir ejerciendo y no pasar largos periodos alejada de la Medicina. Además, sigo formándome: he realizado un máster en Medicina del Deporte y acabo de terminar el de Medicina Estética. La Medicina sigue siendo una parte fundamental de mi vida y no me gustaría perder ese vínculo, independientemente de cómo evolucione mi carrera deportiva.

Más allá de los conocimientos médicos sobre el cuerpo y las lesiones, ¿qué le ha aportado la Medicina como deportista de élite?

Creo que la Medicina me ha enseñado a tener una visión más amplia de las cosas, a ser constante y a entender que los resultados no llegan de un día para otro. Estudiar Medicina requiere mucho sacrificio, disciplina y capacidad para gestionar la frustración, porque hay momentos en los que, por mucho que te esfuerces, las cosas no salen como quieres.Y eso también ocurre en el deporte. Además, me ha enseñado a relativizar. En el pádel vivimos muy pendientes de los resultados, pero tener otra profesión y otra perspectiva de la vida me ayuda a entender que una derrota no define quién eres ni todo lo que vales. Creo que esa capacidad para mantener los pies en el suelo, incluso en



Bárbara Las Heras en una entrega de premios. Entre sus mayores logros figura el título de campeona del mundo conseguido con la selección española en Dubái en 2022.

los momentos difíciles, me ha ayudado mucho como deportista.

En 2023 sufrió una rotura del ligamento cruzado anterior y pasó de médica rehabilitadora a paciente. Conocía perfectamente el proceso de recuperación, pero ¿qué descubrió al vivirlo en primera persona?

Sin duda. En 2023, me lesioné compitiendo en los cuartos de final de Reus y, en ese mismo instante, supe que me había roto el ligamento cruzado anterior. Como médica, conocía perfectamente lo que eso significaba, los meses de recuperación que me esperaban y todo lo que suponía volver a competir al máximo nivel.Pero una cosa es saberlo desde el punto de vista médico y otra muy distinta vivirlo en primera persona. Esa experiencia me hizo entender mucho mejor la frustración, la incertidumbre y el desgaste mental que supone una recuperación larga.Aprendí que no solo tienes que recuperar físicamente la lesión, sino también trabajar la confianza y aprender a convivir con el miedo a volver a lesionarte. Creo que, desde entonces, entiendo de una manera mucho más profunda lo que siente un paciente cuando su recuperación no avanza como esperaba. Porque, aunque como médica puedes explicar perfectamente el proceso, hasta que no lo vives, no eres del todo consciente de lo que supone emocionalmente.

Después de todo lo vivido como médica, deportista y paciente, ¿se imagina un futuro profesional en el que la Medicina y el pádel terminen encontrándose?

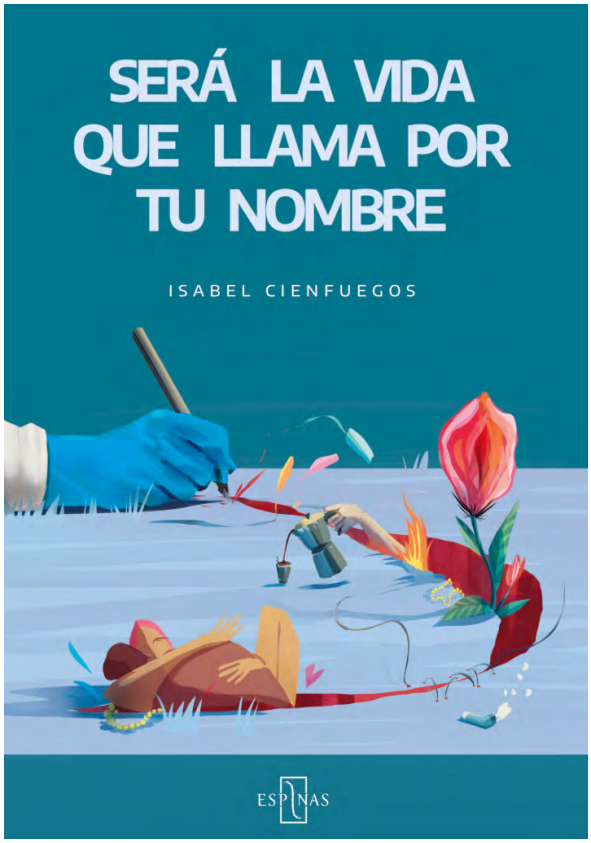
Sí, sin duda. Creo que la Medicina y el deporte son dos caminos que pueden complementarse muy bien, y mi experiencia como deportista profesional me aporta una perspectiva que me gustaría aprovechar en el futuro. Me imagino trabajando más cerca del ámbito deportivo, ayudando a otros deportistas a prevenir lesiones y a recuperarse de ellas. De momento, quiero seguir disfrutando de mi carrera como jugadora, pero me gustaría que, cuando llegue el momento de dedicar más tiempo a la Medicina, ambas facetas pudieran unirse y aportar valor la una a la otra. ■



La losa de un secreto

Jerónimo Farré ·
Almuzara · 2026

Una carta llegada de Argentina en 1975 abre una incógnita que acompañará a Maurice Gamell durante el resto de su vida. A partir de ese episodio, Jerónimo Farré construye una novela coral sobre dos familias atravesadas por la Guerra Civil, los silencios y las lealtades enfrentadas. La historia recorre la Cataluña republicana y el Madrid de posguerra hasta alcanzar nuestros días, entrelazando personajes ficticios y acontecimientos reales. El cardiólogo, antiguo jefe de servicio de la Fundación Jiménez Díaz y profesor emérito de la UAM, vuelve a la ficción con una trama de intriga familiar en la que el pasado sigue condicionando el presente.

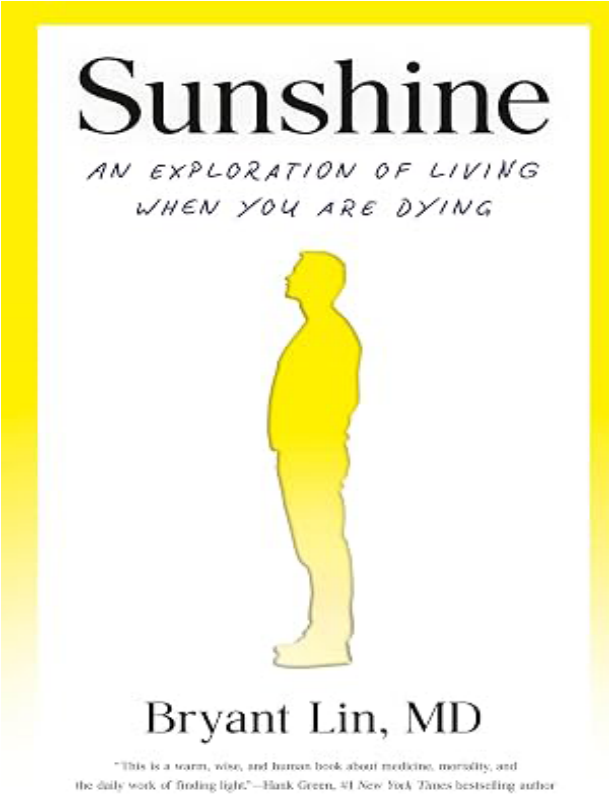


Será la vida que llama por tu nombre

Isabel Cienfuegos ·
Editorial Espinas · 2026

Una joven comienza a estudiar Medicina y descubre, entre guardias, pacientes y aprendizajes, una profesión que la fascina y pone a prueba su resistencia. A su alrededor transcurren también el amor, el desamor y la búsqueda de una voz propia. Isabel Cienfuegos, médica que ha compartido la escritura con el ejercicio de la neumología en Madrid, sitúa en el centro de esta novela el encuentro entre dos vocaciones: cuidar y escribir. La literatura ofrece a la protagonista consuelo y una forma de comprender lo que vive. En apenas 116 páginas, el libro recorre ese tiempo de formación en el que aprender un oficio significa también descubrir quién se quiere ser.

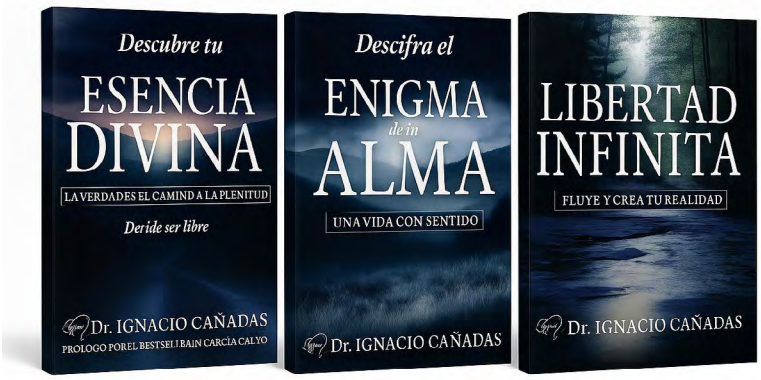
Libros
escritos por médicos



Sunshine, aprender a vivir frente a una enfermedad terminal

Bryant Lin, MD

Tras veinte años tratando a pacientes con cáncer de pulmón, el médico e investigador Bryant Lin recibió ese mismo diagnóstico pese a no haber fumado nunca. La enfermedad le obligó a conocer el cáncer desde el otro lado de la consulta y transformó su manera de entender la medicina, el sufrimiento y el cuidado. A partir de su experiencia creó un curso en la Universidad de Stanford que dio origen a Sunshine. En este libro comparte reflexiones médicas y personales sobre cómo afrontar un diagnóstico terminal, encontrar esperanza y conservar la alegría, la resiliencia e incluso el humor en los momentos más difíciles.



Descubre tu esencia divina, Descifra el enigma de tu alma, Libertad infinita

Ignacio Cañadas Martínez · 2026

El cirujano Ignacio Cañadas Martínez, colegiado en el ICOMEM, reúne en esta trilogía su propuesta de autoconocimiento y crecimiento espiritual. Los tres volúmenes trazan un recorrido desde la exploración de la identidad y las emociones hasta la aceptación y la capacidad de decidir cómo responder a las dificultades.

En Descubre tu esencia divina, el autor invita a revisar la percepción de uno mismo y a buscar un sentido que oriente la vida cotidiana. Descifra el enigma de tu alma profundiza en esa búsqueda desde una perspectiva espiritual, en la que las experiencias personales se interpretan como oportunidades de aprendizaje. Libertad infinita culmina el recorrido con una reflexión sobre la libertad interior, el amor y la fe.

In Memoriam



Santiago Navío Niño.

Reconocido urólogo español, vinculado durante casi cuatro décadas al Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Falleció el 21 de julio de 2026, a los 83 años.

Hay profesionales cuya trayectoria forma parte de la historia de una especialidad y cuya ausencia invita a reflexionar sobre el verdadero significado de dedicar una vida a la Medicina.

El Dr. D. Santiago Navío Niño, fallecido el pasado 21 de julio de 2026 pertenece a esa generación de médicos que contribuyeron al desarrollo de la Urología española y cuyo legado merece ser recordado con respeto, gratitud y afecto.

Nacido en Orcera (Jaén) en 1943, Santiago Navío Niño se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid en 1968. Su vinculación con la Asociación Española de Urología (AEU) comenzó en 1971 y se prolongó durante más de cinco décadas, un periodo de extraordinaria transformación científica, tecnológica y asistencial de nuestra especialidad.

Su trayectoria profesional representa el compromiso de una generación de urólogos que vivió en primera persona importantes avances de la Medicina y contribuyó, desde el ejercicio clínico, al progreso de la atención a los pacientes. Profesionales todos, que entendieron la necesidad de evolucionar, incorporar nuevos conocimientos y mantener siempre viva la inquietud por aprender.

Desde la Asociación Española de Urología queremos reconocer especialmente esa dedicación sostenida a lo largo de los años.

La historia de una sociedad científica se construye también a través de las trayectorias individuales de quienes han formado parte de ella, de su participación en la vida profesional y de su contribución a una comunidad unida por la vocación de mejorar la salud de las personas.

Sin embargo, cuando despedimos a uno de nuestros compañeros colegas, los méritos profesionales no bastan para expresar todo lo que significa su pérdida. Detrás de cada trayectoria médica hay una persona, una manera de entender la profesión y una huella que permanece en quienes compartieron su camino.

La Medicina es, ante todo, una profesión profundamente humana. Exige conocimiento, rigor y capacidad de decisión, y también sensibilidad, cercanía y respeto. Es precisamente esa dimensión la que adquiere un significado especial cuando recordamos a quienes nos han precedido. Porque el verdadero legado de un médico no se limita a su actividad asistencial o científica: también reside en lo que transmite entre su equipo, en las enseñanzas que deja y en el recuerdo que permanece entre quienes tuvieron la oportunidad de conocerlo.

La Urología española de hoy es heredera del esfuerzo de varias generaciones de urólogos profesionales. Reconocer su aportación constituye un ejercicio de memoria y gratitud, y también una responsabilidad hacia quienes comienzan ahora su trayectoria.

Conocer nuestra historia nos ayuda a comprender cuánto hemos avanzado y a valorar el compromiso de quienes contribuyeron a hacer posible ese progreso.

Como presidenta de la Asociación Española de Urología, deseo trasladar, en nombre de nuestra comunidad científica, nuestro reconocimiento al Dr. D. Santiago Navío Niño por su dilatada trayectoria y su vinculación con nuestra Asociación Científica, así como nuestro cariño y nuestras más sinceras condolencias a su familia, amigos y colegas más cercanos compañeros.

Su recuerdo nos invita a reafirmar los valores esenciales de nuestra profesión: la vocación de servicio, el compromiso con el conocimiento y, por encima de todo, el respeto y la atención a las personas.

Descansa en paz. Siempre estás en nuestro recuerdo, querido amigo.■

Carmen González Enguita.
Presidenta de la Asociación Española de Urología (AEU)

Curso Manual de Formación Online en Ecografía Básica

3.ª edición



La **ecografía** complementa la exploración física y aporta información para orientar el diagnóstico y el tratamiento. Conocer sus fundamentos permite comprender cómo incorporarla a la valoración integral del paciente y qué aplicaciones tiene en la práctica médica.

La tercera edición de este curso ofrece una formación básica sobre los principios y las aplicaciones de la ecografía en medicina. Su objetivo es acercar estas herramientas a los profesionales que desean iniciarse en su uso y entender su utilidad como apoyo a la evaluación clínica.

Se imparte **online, del 15 de septiembre de 2026 al 15 de septiembre de 2028,** y cuenta con **24 créditos ECMEC a distancia.**

01 CLAVES DEL CURSO

Qué vas a aprender

Principios básicos de la ecografía y su utilidad como complemento de la exploración física y apoyo a la orientación diagnóstica y terapéutica.

Cómo se imparte

Online.

Fechas

Del 15 de septiembre de 2026 al 15 de septiembre de 2028.

Acreditación

Acreditado por el Consejo Profesional Médico Español para el DPC/FMC (SEAFORMEC-EACCME) con 24 créditos ECMEC a distancia.

LO QUE TE LLEVAS

Una base para comprender los principios de la ecografía.

Conocimientos sobre su aplicación en la valoración integral del paciente.

Formación online acreditada con 24 créditos ECMEC.

INSCRIPCIÓN →

Una mirada psicosomática a las lesiones deportivas en niños y adolescentes



Atender una lesión deportiva en un niño o adolescente requiere mirar más allá de la zona afectada. Esta conferencia propone ampliar el enfoque centrado en el daño físico para tener en cuenta a la persona que sufre y favorecer una perspectiva compartida entre los profesionales que la atienden.

La sesión invita a reflexionar sobre una atención que, con frecuencia, aborda las lesiones de forma mecánica y fragmentada. Desde una mirada psicosomática, plantea la importancia de integrar las distintas perspectivas profesionales para comprender mejor la experiencia del menor.
La conferencia forma parte del ciclo FAPYMPE-ICOMEM 2026–2007 y se celebrará el 14 de diciembre, de forma presencial y gratuita.

02 CLAVES DEL CURSO

Para quién
Profesionales interesados en la atención a niños y adolescentes con lesiones deportivas y en su abordaje desde una perspectiva psicosomática.

Qué se abordará
La importancia de una visión integral del menor y de un enfoque compartido entre los profesionales que atienden su lesión.

Cómo se imparte
Presencial.

Fecha y horario
14 de diciembre de 2026.
De 12:00 a 14:00 horas.

Precio
Gratuito.

INSCRIPCIÓN →

QUIZ*MIR*

Preguntas reales del exámen MIR 2026

1 PREGUNTA
ENVEJECIMIENTO

En relación con el proceso de envejecimiento, respecto a los principales cambios morfológicos de los aparatos y sistemas, indique la respuesta INCORRECTA:

1. En el aparato respiratorio, calcificación de los cartílagos traqueales.
2. En el sistema nervioso, aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales.
3. En el aparato cardiovascular, reducción en el número de células marcapaso.
4. En el sistema nefrourológico, reducción del tejido mesangial.

2 PREGUNTA
NEUROANATOMÍA

En un paciente diagnosticado de una neoplasia maligna de nasofaringe que presenta dolor y edema orbitario, neuropatía de los pares craneales III, IV y VI, y neuropatía de la rama V1 del V par craneal, indique qué estructura es más probable que se encuentre infiltrada:

1. Seno cavernoso.
2. Hipófisis.
3. Agujero yugular.
4. Fosa pterigopalatina.

3 PREGUNTA
INMUNOLOGÍA

Las vacunas contra el neumococo recomendadas para prevenir la enfermedad neumocócica en personas mayores de 65 años y en pacientes inmunocomprometidos pueden estar constituidas por polisacáridos del neumococo purificados (PPV23) o polisacáridos conjugados a proteínas (PCV15 o PCV20). Desde una perspectiva inmunológica, las vacunas conjugadas:

1. No generan memoria inmunológica.
2. Activan una respuesta inmunitaria T-dependiente (o timo-dependiente).
3. No activan el proceso de hipermutación somática.
4. No inducen cambio de isotipo.

4 PREGUNTA
EPIDEMIOLOGÍA

La medida adecuada para estimar el riesgo individual de enfermar es:

1. La incidencia acumulada.
2. La densidad de incidencia.
3. La prevalencia puntual.
4. El riesgo relativo.

5 PREGUNTA
MEDICINA PREVENTIVA

Al finalizar el periodo de seguimiento en el estudio PREDIMED («Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet»), el 3,8 % de los individuos asignados a dieta mediterránea presentaron algún tipo de evento cardiovascular (infartos de miocardio, ictus o muertes de origen cardiovascular), frente al 4,4 % de eventos ocurridos en el grupo control. ¿Cuál es el número necesario de pacientes a tratar (NNT) con dieta mediterránea para evitar un evento cardiovascular?

1. 26.
2. 60.
3. 80.
4. 167.

Respuestas correctas

1	4.
2	1.
3	2.
4	1.
5	4.
6	1.
7	1.
8	4.
9	1.
10	2.

6 PREGUNTA
FARMACOLOGÍA

Hombre de 79 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia y artrosis que acude a urgencias por presentar posible reacción adversa farmacológica. No refiere antecedentes alergológicos de interés. Después de una excursión en barco sin protección solar presenta un cuadro cutáneo agudo facial, principalmente en párpados superiores e inferiores, consistente en eritema y edema intenso bilateral. El paciente estaba realizando tratamiento médico de forma habitual con hidroclorotiazida 25 mg, amlodipino 5 mg, atorvastatina 10 mg y apixabán 5 mg. ¿Cuál de los cuatro fármacos descritos es más probable que sea el responsable de una posible reacción de fotosensibilidad?

1. Hidroclorotiazida.
2. Amlodipino.
3. Atorvastatina.
4. Apixabán.

7 PREGUNTA
ANESTESIOLOGÍA

La inducción de secuencia rápida en la anestesia general es:

1. Método de inducción anestésica utilizado cuando existe riesgo de regurgitación gástrica y aspiración pulmonar.
2. Método de inducción anestésica realizado exclusivamente con halogenados.
3. Procedimiento anestésico que requiere la ventilación del paciente con presión positiva.
4. Método de inducción anestésica utilizado habitualmente para la realización del procedimiento quirúrgico programado.

8 PREGUNTA
ONCOLOGÍA

¿Cuál es la vía de diseminación más frecuente y característica del cáncer de ovario en el momento del diagnóstico?

1. Vía linfática.
2. Vía hematógena.
3. Infiltración por contigüidad.
4. Diseminación peritoneal.

9 PREGUNTA
NEUROLOGÍA

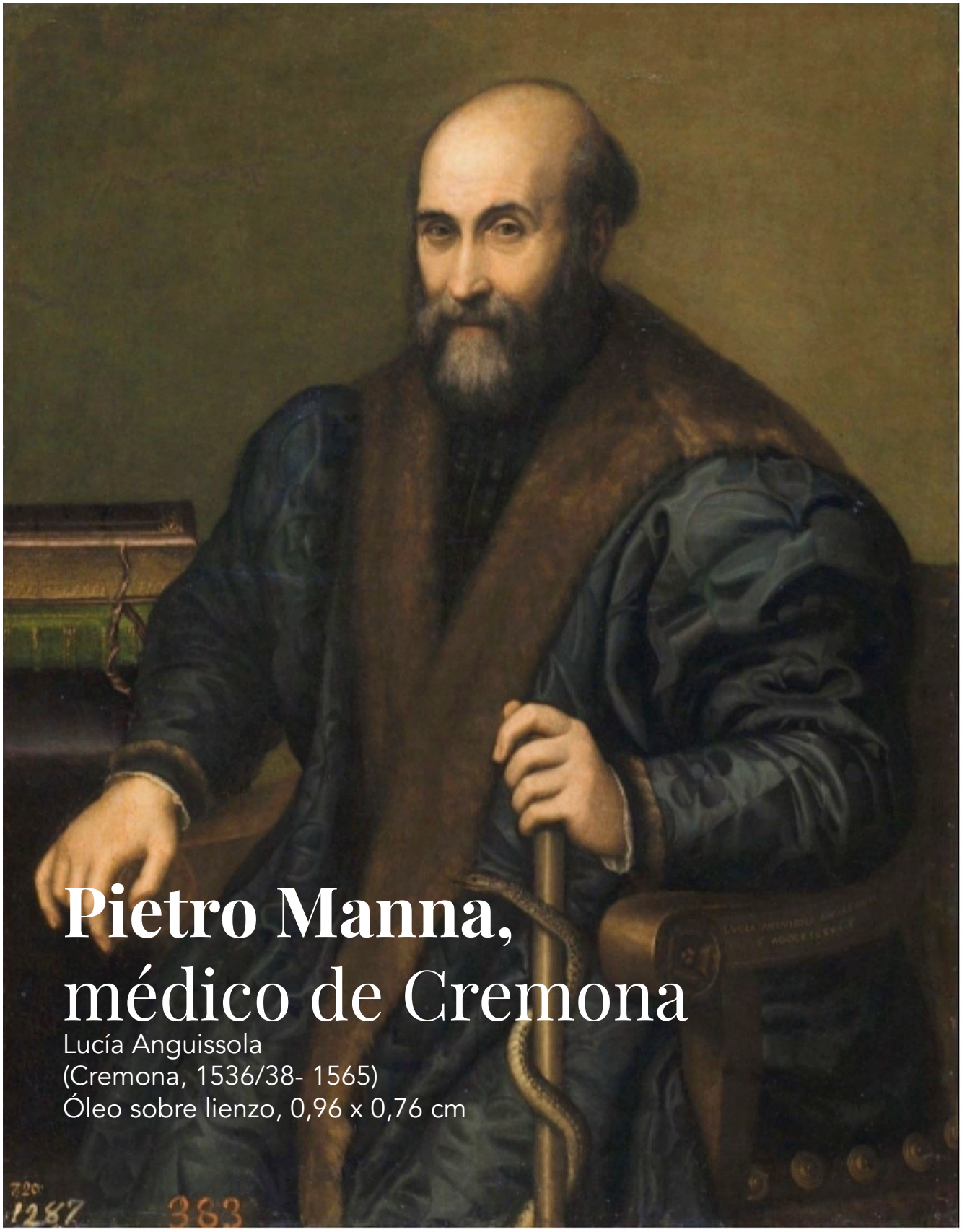
El síndrome de Guillain-Barré es considerado una polineuropatía postinfecciosa que presenta todas las características siguientes, EXCEPTO una:

1. Existe hiperreflexia tendinosa en las extremidades que manifiestan debilidad.
2. Es predominantemente un trastorno motor, aunque puede haber síntomas sensitivos.
3. En el líquido cefalorraquídeo las proteínas están elevadas, sin pleocitosis y con glucorraquia normal.
4. El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa acelera la recuperación, pero no modifica la evolución a largo plazo.

10 PREGUNTA
NEUROLOGÍA

Respecto a la enfermedad de Alzheimer, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El gen de la ApoE (apolipoproteína épsilon), alelo E4, es factor de riesgo.
2. Hay un descenso de la proteína tau en el LCR.
3. El PET tau y el PET amiloide son útiles en el diagnóstico precoz de la enfermedad.
4. En la RM de estos pacientes esperamos encontrar atrofia en el lóbulo temporal medial.



Pietro Manna, médico de Cremona

Lucía Anguissola
(Cremona, 1536/38- 1565)
Óleo sobre lienzo, 0,96 x 0,76 cm

Mis Pacientes del Prado

Javier Barbado Hernández

Hace tiempo visitamos a nuestro colega Pietro Manna (antiguamente atribuido como Pietro María) , médico de la ciudad italiana de Cremona, pintado por su precoz nieta Lucia Anguissola a los dieciséis años de edad.

Es un cuadro itinerante entre las Salas de Exposición y el Prado oculto , después de 1568 fue enviado a la corte española por el padre de Lucía y pasó a las Colecciones Reales.

Lucía Anguissola, pintora de la escuela lombarda, nació en Cremona hacia 1538 y murió joven en esta ciudad en 1565, por lo que su obra es escasa. Fue la tercera hija de Amilcare y Blanca Ponzone, y miembro de una extraordinaria familia de pintoras, una saga conocida como anguisciola, angisciola o anguissola, y tuvo cinco hermanas, Minerva, Ana, Sofonisba, Elena y Europa. Todas las hermanas fueron educadas por su padre, que quedó viudo, con el espíritu humanista del Renacimiento y una rigurosa formación artística. La más conocida fue Sofonisba (Cremona,1530- Génova,1626) que en 1559 fue invitada a la corte de Felipe II, ejerció de dama de compañía de la reina Isabel de Valois, y continuó realizando retratos, entre los que destaca el de Felipe II (Todo el Prado, 2013) .

Un abuelo excelente Pietro Manna , médico famoso cremonés, con su título condal era miembro de la nobleza local, padre de Blanca Ponzone, la madre de Lucía Anguissola.

Giorgio Vasari (1511-1574) en su libro <Vidas> (1568) cita el retrato del abuelo materno de Lucía como del <signor Pietro Maria, medico excellente, si puo vedere in Cremona>.

Al acercarnos al cuadro vemos al distinguido doctor, una figura de más de medio cuerpo, tamaño natural, sentado en un sillón. Se apoya con su mano derecha en una mesa con libros , símbolo del ámbito científico ; vestido con nobleza y rica elegancia con un balandrón de seda labrada, toga con cuello de martas. En su mano izquierda tiene el bastón con la culebra enroscada, emblema de su profesión médica. En el brazo del sillón se advierte una inscripción :" LVCIA ANGVISOLA AMILCARIS F. ADOLESCENS. F"

Sin duda nuestro colega sujeta con la mano izquierda el bastón de Asclepio, el dios griego de la medicina, Esculapio para los romanos, hijo del dios Apolo y de la mortal Coronis, de cuyo vientre fue extraído por Apolo tras morir su madre en la hoguera. Este bastón también llamado vara de Aarón, en la tradición es un palo recto, grueso, con nudos, símbolo de los árboles sagrados, con una serpiente enroscada que se asocia tanto al rejuvenecimiento y curación como a la destrucción y a la muerte. No debemos confundir el báculo de Asclepio con el caduceo, la vara mágica de Hermes, hijo de Zeus y Maya, coronada por un casco alado y dos serpientes solapadas y enfrentadas (B.J. Anía, Medicina Clínica, 2002).

A inspección general nos choca la mirada del doctor, una inquietante combinación de vivacidad, serenidad y escepticismo .Una mirada cansada, cargada de vivencias del dolor y las miserias de su dilatada experiencia médica. El gesto de su rostro nos dice que el atardecer de la vida trae consigo su lámpara.

Tiene un cráneo ovoide en el que destaca una alopecia frontoparietal que parece aumentar la sensación de sabiduría en la vejez. Se observa una nariz griega en la que el dorso recto casi se continúa directamente con la frente (Gómez Oliveros, 1964) ; las cejas (supercilium) están arqueadas, muy pobladas, casi invaden el entrecejo o región interciliar, pero no se unen por encima de la nariz (sinofridia). Discreto enoftamos en ojo derecho y unas manos bien conservadas que expresan la flexibilidad de sus habilidades clínicas.

Según la dermatóloga Olga Marqués *"en el cuero cabelludo se observa una alopecia androgenética grado V, también llamada calvicie hipocrática o en herradura, en la la afectación de la región frontocervical es total"* (Pelo, patología y arte, 2019)

Dejamos el Prado con la imaginación puesta en Cremona, la ciudad donde ejerció nuestro anciano doctor y vivió la saga de las pintoras Anguissola, y que es famosa por sus violines.■

Cristina Domínguez González

"El gran avance será tratar las enfermedades genéticas antes de que aparezcan los ***síntomas****"*

Premiada por la Sociedad Española de Neurología por su trayectoria científica, Cristina Domínguez González repasa los avances que están transformando las enfermedades neuromusculares raras. La investigación sobre el déficit de TK2, que ha culminado en un tratamiento autorizado en la Unión Europea, constituye también uno de los grandes hitos de su carrera.



*«La clave es adaptar la metodología a la realidad de estas **enfermedades** sin renunciar al rigor científico».*

La Sociedad Española de Neurología acaba de reconocer su trayectoria investigadora en enfermedades neuromusculares. Si compara la neurología que encontró cuando comenzó su carrera con la que ejerce hoy, ¿cuál es el cambio que más le ha sorprendido?

El cambio más significativo ha sido la posibilidad de modificar el curso de enfermedades neuromusculares para las que antes apenas teníamos opciones terapéuticas. El desarrollo de tratamientos dirigidos a mecanismos específicos de la enfermedad, tanto en los trastornos genéticos como en los inmunomediados, y la expansión de los ensayos clínicos han marcado una nueva etapa en esta área de la neurología. Por otro lado, las enfermedades de base genética constituyen una parte importante de las enfermedades neuromusculares y cada año se identifican nuevas entidades. La incorporación de la secuenciación masiva y de nuevas tecnologías genómicas ha facilitado su diagnóstico preciso, con las implicaciones que ello tiene para el asesoramiento genético y la personalización del seguimiento. Aunque todavía quedan muchas necesidades por cubrir, estos avances han transformado nuestra práctica clínica y las perspectivas que podemos ofrecer a los pacientes y a sus familias.

Ha dedicado buena parte de su vida profesional a enfermedades que afectan a muy pocas personas y de las que, durante años, apenas existía conocimiento. ¿Qué la llevó a elegir precisamente este campo de la neurología?

Mi formación en el Hospital Universitario 12 de Octubre fue determinante. Durante mi residencia, tanto la Unidad de Enfermedades Neuromusculares como la de Neuropatología eran referentes nacionales en el diagnóstico de estas enfermedades. Recibíamos pacientes de otros territorios que llevaban años sin un diagnóstico, lo que permitía concentrar una gran experiencia clínica y aprender de casos muy diversos y complejos. Ese contacto despertó mi interés por comprender estas enfermedades y buscar respuestas para los pacientes.
Tras finalizar la especialidad, me incorporé al Grupo de Investigación de Enfermedades Raras, Neuromusculares y Mitocondriales del Instituto de Investigación imas12, donde completé mi formación en investigación traslacional. Poder conectar las preguntas que surgían en la consulta con el trabajo de laboratorio consolidó mi decisión de dedicarme a este campo.

Durante décadas, identificar la causa genética de una enfermedad rara no significaba necesariamente poder tratarla. ¿Hasta qué punto estamos empezando a superar esa distancia entre diagnóstico y tratamiento?

La distancia entre diagnóstico y tratamiento está empezando a reducirse, aunque el progreso es desigual y muchas enfermedades siguen sin disponer de una terapia específica. Identificar la alteración genética y comprender cómo causa la enfermedad permite diseñar tratamientos dirigidos al mecanismo responsable, más allá del control de los síntomas. Además, el conocimiento y las herramientas desarrollados para tratar una enfermedad pueden facilitar el avance en otras con mecanismos similares. Esto permite aprovechar la experiencia adquirida, aunque sea necesario diseñar un tratamiento específico para la alteración que se pretende corregir. Por otro lado, las políticas de apoyo al desarrollo de medicamentos huérfanos y sus incentivos han contribuido a impulsar la inversión en enfermedades raras, favoreciendo el desarrollo de nuevos tratamientos.

Uno de sus principales campos de investigación es el déficit de TK2. ¿Qué ha permitido conocer esta enfermedad sobre la biología mitocondrial y qué avances se han conseguido en sus posibilidades de tratamiento?

El déficit de timidina quinasa 2 es un trastorno genético muy poco frecuente, pero España es el país donde más casos se han identificado hasta la fecha. Afecta a la vía de recuperación de los nucleósidos pirimidínicos, que proporciona

*«No basta con identificar el gen responsable: comprender cómo produce la enfermedad es lo que permite elegir la diana y la **estrategia terapéutica** más adecuadas»*

precursores necesarios para la síntesis y el mantenimiento del ADN mitocondrial. Su estudio ha puesto de manifiesto la importancia de esta vía para la función muscular y, sobre todo, la posibilidad de compensar parcialmente su alteración mediante un tratamiento específico. La administración oral de estos nucleósidos ha permitido modificar el curso de la enfermedad, con mejoría motora y un aumento de la supervivencia, especialmente en las formas más graves de inicio infantil, respecto a pacientes no tratados de cohortes históricas. El tratamiento se ha aprobado en la Unión Europea en marzo de este año para pacientes cuyos síntomas comenzaron a los 12 años o antes. Este avance representa un hito en las enfermedades mitocondriales y demuestra cómo comprender un mecanismo de enfermedad puede traducirse en una intervención capaz de cambiar su curso.

La secuenciación genética ha transformado el diagnóstico de numerosas enfermedades neuromusculares. Sin embargo, ¿qué obstáculos siguen impidiendo llegar a un diagnóstico temprano y preciso?

Las enfermedades neuromusculares de base genética son complejas y su diagnóstico requiere un alto grado de especialización y la integración de conocimientos de genética, neurofisiología y anatomía patológica. La secuenciación masiva ha supuesto un avance enorme, pero por sí sola no permite diagnosticar a todos los pacientes. Es necesario seleccionar las técnicas más adecuadas e interpretar sus resultados en el contexto clínico de cada caso.Al tratarse de enfermedades poco frecuentes, acumular experiencia es fundamental para reconocer sus distintas formas de presentación y orientar el estudio cuando los resultados iniciales no son concluyentes. Por ello, necesitamos unidades especializadas que concentren esa experiencia y dispongan de los profesionales y los medios adecuados.

En enero de 2026 se conocieron los resultados de un estudio internacional en el que participó el Hospital 12 de Octubre sobre alteraciones del gen TWNK. ¿Por qué es tan importante conocer la evolución natural de estas enfermedades antes de poder diseñar tratamientos y ensayos clínicos?

Conocer la historia natural permite saber cómo progresa una enfermedad, qué diferencias existen entre pacientes y qué manifestaciones tienen mayor impacto en su vida diaria. En enfermedades tan heterogéneas y de evolución variable, esta información es esencial para decidir qué cambios debemos medir, con qué herramientas y durante cuánto tiempo para detectar un beneficio clínicamente relevante. Hemos visto ensayos que no han logrado demostrar eficacia, en parte por limitaciones de diseño, como la elección de medidas poco sensibles o inadecuadas para captar cambios importantes para los pacientes. Por eso, antes de diseñar un ensayo, necesitamos identificar qué aspectos de la enfermedad pueden cambiar en el periodo de seguimiento y cómo evaluarlos de forma fiable. Ese conocimiento permite seleccionar mejor a los participantes y las medidas de resultado, y diseñar estudios capaces de detectar un efecto terapéutico en un plazo razonable.

¿Cómo se demuestra que un tratamiento funciona cuando una enfermedad afecta a tan pocos pacientes que resulta difícil reunir grupos suficientemente grandes para un ensayo convencional?

Este es uno de los grandes desafíos de la investigación en enfermedades ultrararas y requiere adaptar los diseños con asesoramiento de las agencias reguladoras. No siempre es viable realizar un ensayo convencional con un grupo placebo, pero esto no debe impedir el desarrollo de tratamientos. Es necesario buscar alternativas que permitan evaluar su eficacia con el mayor rigor posible. En el déficit de TK2, se reunieron datos de pacientes descritos en la literatura y atendidos en centros especializados para construir un grupo de comparación no tratado y analizar la supervivencia de los pacientes tratados. Otra estrategia consiste en comparar la evolución de cada paciente antes y después del



Cristina Domínguez González,durante una de sus consultas.

tratamiento, de modo que actúe como su propio control. Estos diseños requieren conocer bien la historia natural y controlar cuidadosamente los posibles sesgos. En determinados casos, pueden respaldar una autorización en circunstancias excepcionales, con obligaciones adicionales de seguimiento y generación de evidencia. La clave es adaptar la metodología a la realidad de estas enfermedades sin renunciar al rigor científico.

Su unidad participa en redes europeas de referencia. ¿Qué ha cambiado la colaboración internacional en la investigación de enfermedades raras y qué sería prácticamente imposible conseguir desde un único hospital?

Trabajar en red es imprescindible para avanzar en enfermedades tan poco frecuentes. Colaboramos de forma habitual con investigadores clínicos y básicos de distintos países, europeos y no europeos, compartiendo conocimiento y proyectos. Esto permite reunir suficientes pacientes para estudiar la evolución de una enfermedad, contrastar hallazgos y conectar la investigación clínica con el laboratorio. Muchos de estos objetivos serían prácticamente imposibles de alcanzar desde un único hospital. Hemos formado parte de la red europea de centros de referencia, pero, en nuestra experiencia, esa pertenencia no se ha traducido en un apoyo adicional efectivo a la colaboración entre grupos. Nuestro trabajo en red depende por completo de la iniciativa y el esfuerzo de los profesionales. Necesitamos apoyo institucional y recursos específicos, tanto nacionales como europeos, para sostener esta colaboración y fomentar la investigación traslacional en la sanidad pública.

En su trabajo conviven la atención al paciente y la investigación científica. ¿Hay alguna experiencia clínica, sin identificar al paciente, que haya cambiado su manera de entender estas enfermedades o la haya llevado a plantearse una nueva pregunta científica?

En mi caso, las preguntas de investigación han surgido siempre de la práctica clínica. La atención a los pacientes permite identificar lagunas de conocimiento y necesidades no cubiertas que orientan tanto los estudios clínicos como el trabajo de laboratorio.Una experiencia

especialmente significativa estuvo en el origen de mi tesis doctoral, centrada en el tratamiento con nucleósidos del déficit de timidina quinasa 2, antes de que la industria farmacéutica se implicara en su desarrollo clínico. Fue un paciente de la consulta quien me habló por primera vez de esta posibilidad, a raíz de un proyecto de investigación preclínica en la Universidad de Columbia, en Nueva York, que su familia había financiado.Ese encuentro ilustra hasta qué punto los pacientes y sus familias pueden ser también impulsores de la investigación y cómo una conversación en la consulta puede abrir una línea de trabajo con consecuencias para muchas otras personas.

Su nuevo proyecto de investigación estudia alteraciones del ADN mitocondrial y su relación con la expresión clínica de distintas enfermedades. ¿Qué esperan averiguar y qué aplicaciones podría tener este conocimiento para los pacientes?

Queremos comprender cómo se relacionan la reducción de la cantidad de ADN mitocondrial y la acumulación de alteraciones en su estructura con las manifestaciones clínicas de estas enfermedades. Estudiaremos estos cambios en distintos tejidos para determinar si los hallazgos en muestras de fácil acceso reflejan lo que ocurre en los tejidos más afectados y pueden servir como marcadores de pronóstico o de respuesta al tratamiento.Los trastornos del mantenimiento del ADN mitocondrial constituyen un grupo amplio y muy heterogéneo de enfermedades. Conocer mejor su fisiopatología puede ayudar a identificar nuevas dianas terapéuticas y a diseñar estudios clínicos con medidas más precisas. Para los pacientes, esto podría traducirse en un seguimiento menos invasivo y en mejores herramientas para anticipar la evolución y evaluar el efecto de las terapias.

Cuando hablamos de medicina personalizada solemos pensar en oncología. ¿Qué puede enseñarnos la investigación en enfermedades neuromusculares sobre el futuro de una medicina más precisa y dirigida a mecanismos concretos?

Muchos de los avances de los últimos años y de los tratamientos ya aprobados en enfermedades neuromusculares siguen precisamente esta línea: comprender el mecanismo molecular para diseñar una estrategia que permita corregir o compensar el defecto y evitar o frenar la progresión de la enfermedad. Un ejemplo es la distrofia miotónica tipo 1, una de las enfermedades neuromusculares hereditarias más frecuentes. Está causada por una expansión de tripletes CTG en una región no traducida del gen DMPK, que da lugar a un ARN tóxico. Este secuestra proteínas reguladoras del procesamiento del ARN, como las de la familia MBNL, y altera el splicing de múltiples genes. Conocer este mecanismo ha permitido desarrollar distintas terapias, actualmente en investigación clínica, dirigidas a reducir el ARN tóxico y restablecer la función de las proteínas secuestradas. Es uno de los muchos ejemplos de medicina de precisión en este campo. No basta con identificar el gen responsable: comprender cómo produce la enfermedad es lo que permite elegir la diana y la estrategia terapéutica más adecuadas.

Después de tantos años investigando enfermedades que parecían no tener solución, ¿qué avance le gustaría poder anunciar dentro de diez años?

Me gustaría poder anunciar que el diagnóstico de una enfermedad genética permite ofrecer, además de información sobre su evolución y asesoramiento sobre el riesgo de transmisión, un tratamiento específico capaz de prevenir sus manifestaciones.El gran avance sería poder intervenir antes de que aparezcan los síntomas y evitar que la alteración genética llegue a causar la enfermedad. Que identificarla a tiempo nos permita cambiar el futuro del paciente, no solo anticiparlo.

¿Qué sigue siendo lo más difícil de explicar a una familia cuando se confirma el diagnóstico de una enfermedad neuromuscular rara y todavía no existe un tratamiento capaz de modificar su evolución?

Lo más difícil es explicar que, aun habiendo identificado la causa de la enfermedad, no disponemos de un tratamiento capaz de frenar su progresión. En un momento de tantos avances en biomedicina, resulta difícil comprender y aceptar que esta siga siendo la realidad de muchas enfermedades neuromusculares. Podemos tratar algunas complicaciones, aliviar determinados síntomas y acompañar al paciente y a su familia, pero sin poder cambiar el curso clínico. Saber qué está ocurriendo y, aun así, no poder detenerlo genera una enorme frustración y puede ser desolador para los pacientes y sus familias.■

Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid

MADRID SIN TABACO

I C O M E M

Creamos contigo la *Medicina* de mañana.

