Pulso Médico

AULA SEMERGEN–FIDYS

AULA SEMERGEN–FIDYS

UNA PROPUESTA COMPARTIDA PARA LA ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Número 2
Noviembre
2026



Bloque 1. Aula SEMERGEN–FIDYS y actualización clínica

Bloque 2. Seguridad Clínica 360°: del debate a la práctica

Bloque 3. Formación y resultados: la experiencia de FIDYS.

SUMARIO

3 **Una formación que se construye con los profesionales**

4 **El Aula SEMERGEN–FIDYS se presenta en Madrid con una propuesta de actualización clínica que encuentra eco en los medios**

8 **Aula SEMERGEN–FIDYS**
una puerta abierta a la actualización clínica en Atención Primaria

13 **Un modelo que convence. Una experiencia que lo respalda.**

15 **Alberto Fábregas Gil y la apuesta por una atención personalizada en neurología**

22 **Epilepsia en Atención Primaria**
las claves que deja el caso de Rocío

25 **Apnea del sueño**
la visión del especialista y de Atención Primaria

30 **Del Harrison a la consulta**
siete cursos acreditados para actualizar tu práctica en Neurología

35 **Tu experiencia puede abrir una nueva biblioteca clínica**
colabora con el Aula SEMERGEN–FIDYS

39 **Seguridad Clínica 360°**
del error que se comunica a la decisión que protege al paciente

45 **Esther Rey**
«Si ha cambiado el paciente, ¿por qué nos organizamos como hace 40 años?»

49 **Cuando la atención no es accesible, tampoco es segura**

54 **Cuando todo genera una alerta, ¿qué aviso consigue que nos detengamos?**

57 **FIDYS**
nuestro modelo, en resultados

UNA FORMACIÓN QUE SE CONSTRUYE CON LOS PROFESIONALES

La presentación en Madrid del Aula SEMERGEN–FIDYS protagoniza este segundo número de Pulso Médico. Es una oportunidad para compartir el propósito que guía esta colaboración: acercar la actualización clínica a las necesidades de Atención Primaria y hacer que la experiencia de los profesionales contribuya a orientar la formación.

En el primer número de Pulso Médico compartíamos una convicción: el conocimiento adquiere valor cuando ayuda a comprender, decidir y mejorar. Este mes damos continuidad a ese compromiso con el Aula SEMERGEN–FIDYS como protagonista. Su presentación en Madrid, y el eco que ha encontrado en los medios, permiten acercar esta propuesta a más profesionales y abrir nuevas oportunidades de colaboración.

Desde Fundación FIDYS entendemos esa visibilidad como una responsabilidad. Presentar un proyecto supone explicar qué ofrece, a quién se dirige y cómo puede resultar útil. También exige escuchar a quienes lo utilizan y mantener la continuidad del trabajo una vez terminado el encuentro.

Un Aula conectada con la consulta

El Aula SEMERGEN–FIDYS quiere acompañar las decisiones que forman parte de la práctica diaria en Atención Primaria. Las sesiones clínicas, las bibliotecas y los recursos de actualización responden a ese propósito: facilitar el acceso a contenidos que el profesional pueda consultar y relacionar con las preguntas que surgen ante sus pacientes.

En estas páginas, la epilepsia, la apnea del sueño y la atención personalizada en neurología muestran distintas formas de acercarse a esas preguntas. La experiencia clínica y el diálogo entre profesionales permiten situar el conocimiento en su contexto: la persona que consulta, las dudas que plantea y la continuidad que necesita su atención.

La formación debe ofrecer rigor, una organización clara y posibilidades de volver sobre lo aprendido. Con ese criterio queremos seguir desarrollando el Aula y conectando sus contenidos con las necesidades que nos trasladan los profesionales.

Escuchar, evaluar y abrir la participación

Este número recoge también experiencias y resultados de nuestras iniciativas formativas. Para quienes impulsamos estos proyectos, conocer la valoración de los participantes ayuda a identificar lo que funciona y aquello que debemos mejorar. Nos corresponde interpretar esa información con rigor y utilizarla para orientar los siguientes pasos.

La experiencia de los profesionales puede contribuir a construir nuevas bibliotecas clínicas y a definir futuras actividades. Por eso incluimos una invitación a colaborar con el Aula. Queremos que las dudas de la consulta, los casos que plantean dificultades y las necesidades de actualización tengan un espacio en su desarrollo.

Aprender para ofrecer una atención más segura

Junto al Aula, mantenemos la continuidad de Sanidad en clave de futuro y de las conversaciones de Seguridad Clínica 360°. Los contenidos de este mes abordan la comunicación del error, la accesibilidad, las alertas y la organización asistencial.

Estas cuestiones nos recuerdan que aplicar el conocimiento requiere condiciones que lo hagan posible. La formación debe ir acompañada de una reflexión sobre cómo trabajan los equipos, cómo circula la información y qué obstáculos encuentra el paciente en su recorrido.

Como CEO de Fundación FIDYS, quiero agradecer a SEMERGEN, a los docentes, a los profesionales participantes y a quienes colaboran con nuestras iniciativas su aportación a este trabajo compartido. Nuestro compromiso es darle continuidad, escuchar y seguir mejorando.

Os invito a recorrer este segundo número, conocer el Aula y compartir vuestra experiencia. Las preguntas que hoy surgen en la práctica pueden orientar la formación que necesitamos mañana.

Juan Carlos Sánchez

CEO de Fundación FIDYS

EL AULA SEMERGEN–FIDYS SE PRESENTA EN MADRID CON UNA PROPUESTA DE ACTUALIZACIÓN CLÍNICA QUE ENCUENTRA ECO EN LOS MEDIOS



El Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS se presentó el 29 de octubre en Madrid con una demostración de su funcionamiento y una propuesta formativa vinculada a las necesidades de Atención Primaria. La presentación ha generado catorce referencias en medios sanitarios y generalistas, incluida la cobertura fotográfica de Europa Press.

Una alianza para acompañar la actualización del médico de familia

La sede de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria acogió el 29 de octubre la presentación del Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS. El encuentro permitió conocer el modelo formativo de esta iniciativa conjunta y recorrer una plataforma concebida para acercar el conocimiento científico a las decisiones de la consulta.

Participaron José Polo, presidente de SEMERGEN; Juan Carlos Sánchez, director general de la Fundación FIDYS; Nieves Tarín, jefa del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Móstoles, profesora asociada de la Universidad Rey Juan Carlos y coordinadora de los cursos del área cardiovascular; y Norberto Rosas, Regional Head of Sales–Europe de McGraw Hill Professional.

El Aula es la primera iniciativa desarrollada en el marco del acuerdo de colaboración entre SEMERGEN y la Fundación FIDYS. Se dirige a especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y a otros profesionales de Atención Primaria, con una propuesta de formación continuada que nace con vocación de permanencia.



Formación para una realidad asistencial cada vez más compleja

El envejecimiento de la población, la cronicidad y la coexistencia de diferentes enfermedades plantean preguntas que requieren revisar conocimientos y adaptar las decisiones a cada paciente. A ello se suma la necesidad de encontrar tiempo para actualizarse en un entorno de elevada presión asistencial.

El Aula busca responder a ese contexto mediante contenidos rigurosos y orientados a la práctica. Su planteamiento relaciona la formación con situaciones reconocibles para el médico de familia: valorar síntomas, revisar alternativas de tratamiento, realizar seguimiento y coordinar la atención con otros especialistas.

Durante el acto se realizó una demostración del funcionamiento de la plataforma y de la organización de sus recursos. La presentación permitió mostrar cómo acceder a los contenidos y recorrer las posibilidades de actualización que ofrece el proyecto.



Una base científica de referencia

Los cursos de actualización del Aula toman como referencia *Harrison. Principios de Medicina Interna*. La propuesta incorpora también acceso temporal a AccessMedicina, la biblioteca médica digital de McGraw Hill, conforme a las condiciones de cada programa.

Esta base de conocimiento se combina con una orientación centrada en Atención Primaria. El propósito es facilitar que el profesional pueda relacionar los contenidos con las preguntas que surgen en consulta y profundizar cuando necesite revisar un problema clínico.

La participación de SEMERGEN, la Fundación FIDYS, profesionales clínicos y McGraw Hill reúne perspectivas complementarias: las necesidades del médico de familia, el desarrollo de propuestas docentes, la experiencia especializada y el acceso a fuentes de conocimiento médico.



Bibliotecas clínicas para aprender y volver a consultar

Las Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria organizan los recursos por áreas y problemas de salud. Esta estructura permite reunir contenidos relacionados y ofrecer distintos recorridos según la necesidad del profesional y el tiempo del que disponga.

Una sesión puede servir para revisar el enfoque de un problema; un caso clínico, para analizar decisiones; y un curso de actualización, para profundizar de forma más extensa. La organización temática busca que esos materiales mantengan su utilidad después de la primera consulta.

El desarrollo de las bibliotecas contempla la incorporación progresiva de recursos y nuevas propuestas, con participación de médicos de familia y especialistas. Su crecimiento pretende conectar las necesidades asistenciales con la experiencia de profesionales, expertos e instituciones.



Cinco áreas para estructurar el conocimiento

La estructura inicial del Aula se articula en torno a cinco áreas: Neurología, Cardiovascular, Respiratorio, Endocrinología y Trastornos Metabólicos, y Enfermedades Renales y del Tracto Urinario.

Estas áreas ofrecen un marco para desarrollar bibliotecas vinculadas a problemas concretos de salud. Su disponibilidad y sus contenidos se incorporan progresivamente, por lo que las fichas de cada actividad permiten conocer qué recursos están accesibles y cuáles son sus condiciones de participación.

La organización está abierta a nuevas líneas clínicas y propuestas de colaboración, con valoración y dirección científica de SEMERGEN–FIDYS.



La presentación, recogida por catorce referencias de prensa

El seguimiento informativo reúne dieciséis referencias publicadas el 29 de octubre, incluida una fotonoticia de Europa Press. La cobertura combina prensa sanitaria y cabeceras generalistas.

Europa Press/Infosalus destacó la colaboración entre SEMERGEN y la Fundación FIDYS para impulsar la formación continuada. El lanzamiento también fue recogido por Diario Siglo XXI, Infobae, Crónica de Cantabria, Demócrata, Notimérica, Crónica Sanitaria y Uruguay al Día.

Entre los medios especializados, iSanidad puso el foco en la formación basada en *Harrison* y vinculada a la realidad de la consulta. IM Médico Hospitalario y ConSalud destacaron el programa de actualización para Atención Primaria. Diario Médico relacionó la renovación del modelo formativo con la respuesta a necesidades clínicas más complejas.

Redacción Médica llevó a su titular la expresión «Google médico», utilizada por José Polo durante la presentación para describir la utilidad del Aula como espacio de acceso al conocimiento.

La cobertura refleja el interés informativo por la alianza entre las entidades promotoras y por la orientación práctica de la propuesta.



La presentación en los medios

Noticias y cobertura fotográfica publicadas el 29 de octubre de 2026:

- **SEMERGEN:** SEMERGEN y Fundación FIDYS presentan el Aula de Actualización Clínica, un nuevo modelo de formación continuada para Atención Primaria.
- **Europa Press / Infosalus.** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.
- **iSanidad.** Formación continuada basada en 'Harrison' y centrada en la realidad de la consulta de primaria: Semergen presenta un nuevo modelo.
- **IM Médico Hospitalario.** SEMERGEN y FIDYS impulsan un programa de actualización clínica para profesionales de Atención Primaria.
- **ConSalud.** SEMERGEN y FIDYS presentan su Aula de Actualización Clínica, que ofrece formación continuada en Primaria.
- **Redacción Médica.** Atención Primaria crea un «Google médico» para mejorar la formación de sus profesionales.
- **Medicina Responsable.** Semergen y Fidys impulsan una nueva plataforma digital para ayudar al médico de familia en su consulta diaria.
- **Diario Siglo XXI.** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.
- **Infobae.** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.
- **Crónica de Cantabria.** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.
- **Demócrata.** SEMERGEN y la Fundación FIDYS lanzan un Aula de Actualización Clínica para reforzar la formación continuada en Atención Primaria.
- **Notimérica.** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.
- **Diario Médico.** Semergen actualiza su modelo de formación continuada para dar respuesta a «necesidades clínicas más complejas».
- **Crónica Sanitaria.** SEMERGEN y la Fundación FIDYS lanzan un Aula de Actualización Clínica para reforzar la formación continuada en Atención Primaria.
- **Uruguay al Día.** SEMERGEN y Fundación FIDYS crean un Aula de Actualización Clínica para fortalecer la formación continuada en atención primaria.
- **Diario Estrategia (Chile).** SEMERGEN y Fundación FIDYS impulsan el Aula de Actualización Clínica para garantizar la formación continuada en AP.

Actualización clínica

Explora las bibliotecas y los recursos formativos del Aula SEMERGEN–FIDYS. Consulta en cada actividad sus contenidos y condiciones de acceso.

Conocer el Aula



Respaldo de SEMERGEN

Como sociedad científica de referencia en Atención Primaria.

SEMERGEN Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria



Experiencia de FIDYS

En el desarrollo de proyectos formativos estructurados.

FUNDACIÓN FIDYS

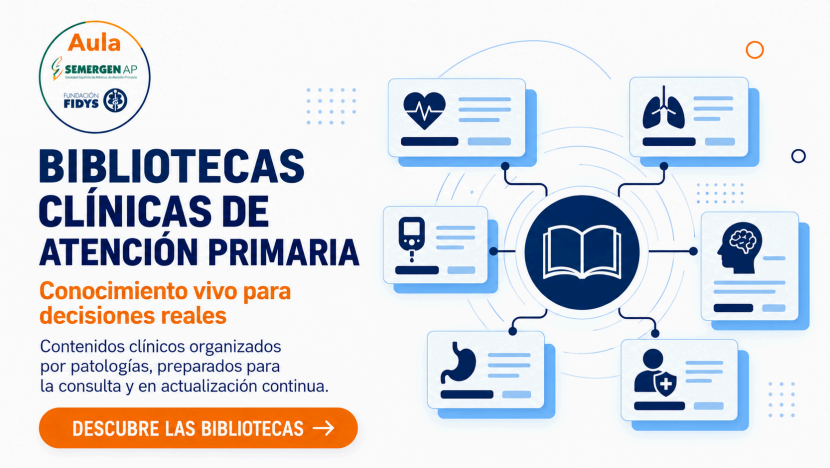


Contenidos científicos

Basados en fuentes de referencia internacional.

Mc Graw Hill Access Medicina

AULA SEMERGEN–FIDYS: UNA PUERTA ABIERTA A LA ACTUALIZACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA



SEMERGEN y la Fundación FIDYS presentaron el 29 de octubre en Madrid el Aula de Actualización Clínica, una web accesible para socios de SEMERGEN y otros profesionales sanitarios. Sus bibliotecas conectan formación y consulta con problemas asistenciales concretos y un desarrollo previsto para 2027 que abre nuevas oportunidades de aprendizaje y colaboración.

Descubrir las bibliotecas clínicas

Una cefalea que se repite, una familia preocupada por los primeros cambios de memoria, un paciente con varias enfermedades cuyo seguimiento exige revisar prioridades. La necesidad de actualizarse suele comenzar con una pregunta concreta.

El **Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS** quiere acompañar al profesional en ese recorrido: encontrar conocimiento relevante, comprender cómo aplicarlo y poder volver a él cuando lo necesite.

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y la Fundación FIDYS presentaron la iniciativa el jueves 29 de octubre de 2026 en la sede de SEMERGEN, en la calle Jorge Juan, 66, de Madrid. El acto incluyó una demostración que permitió conocer la web, recorrer sus contenidos y descubrir sus posibilidades.

Entrar es sencillo: basta con visitar la web

El Aula puede explorarse desde el navegador, sin instalar una aplicación específica. Está abierta tanto a los socios de SEMERGEN como al resto de profesionales sanitarios, con una orientación especialmente centrada en las necesidades de Atención Primaria.

Desde su página principal, el visitante puede conocer las sesiones, explorar un área clínica o buscar una biblioteca dedicada al problema que le interesa.

La web es abierta; las condiciones de acceso dependen de cada recurso. Conviven contenidos de acceso libre con actividades que requieren identificación, inscripción o las condiciones particulares de un programa. Las fichas permiten conocer qué ofrece cada actividad y cómo acceder a ella.

Así, el profesional puede empezar por un tema cercano a su práctica y elegir hasta dónde quiere profundizar.

Bibliotecas clínicas: un lugar al que volver

Las **Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria** organizan los recursos alrededor de áreas y problemas de salud. Reúnen los contenidos relacionados con una enfermedad y facilitan distintos caminos para abordarla.

Quien quiera actualizarse sobre migraña, por ejemplo, puede acudir a su biblioteca y consultar qué recursos están disponibles. Una sesión permite revisar el enfoque clínico; un caso puede plantear decisiones concretas; un curso ofrece un recorrido más extenso.

Cada nueva incorporación amplía ese espacio temático. El profesional puede regresar después de una actividad, revisar lo aprendido o descubrir materiales añadidos posteriormente.

Neurología, cardiovascular, respiratorio, endocrinología y nefrología constituyen las cinco áreas iniciales de la estructura del Aula, con distintos grados de desarrollo. El

área cardiovascular se presentó el 29 de octubre. La web ya presenta sesiones sobre demencia, migraña y otras cefaleas, y epilepsia.



Explorar las bibliotecas

Diferentes formas de aprender, según lo que se necesita

La propuesta combina actividades de distinta duración y profundidad. Sobre la base de cursos y materiales de referencia, el desarrollo de las bibliotecas contempla cinco formatos de actualización: sesiones clínicas, charlas sobre un objetivo concreto, pódcast en vídeo y audio, casos clínicos y microformación.

Una conversación entre un médico de familia y un especialista permite explorar dudas y dificultades habituales. Los casos incorporan preguntas, respuestas razonadas y conclusiones prácticas. Los vídeos de microformación concentran una pregunta y un mensaje en piezas breves, previstas de entre 45 segundos y dos minutos.

Cada formato ofrece una manera de acercarse al conocimiento. El profesional puede revisar un problema, analizar alternativas o profundizar mediante un recorrido más extenso, según su necesidad y el tiempo disponible.



Conocer los recursos de las bibliotecas

Algunas de las líneas clínicas previstas para 2027

La programación propuesta para 2027 permite concretar el alcance del Aula. Las siete líneas que se presentan a continuación son parte de su desarrollo previsto y muestran cómo se organizarán contenidos alrededor de preguntas reconocibles de la consulta, desde la sospecha inicial hasta el seguimiento y la coordinación asistencial.

El Aula está abierta a incorporar otras patologías y áreas clínicas. Su estructura permite desarrollar nuevas bibliotecas y programas a partir de las necesidades formativas identificadas y de propuestas de colaboración, con valoración y dirección científica de SEMERGEN–FIDYS.

El área de Neurología ilustra esa organización por problemas de salud, con bibliotecas dedicadas a distintas enfermedades y recursos que pueden ampliarse progresivamente.



Explorar Neurología

Demencia: detectar y acompañar

A partir de la sesión ya disponible, se plantean casos sobre **primeras quejas cognitivas y diferencias entre envejecimiento, depresión y deterioro cognitivo**, junto con situaciones de cambios conductuales y sobrecarga del cuidador.

El desarrollo incluye comunicación con el paciente y la familia, valoración inicial breve y continuidad asistencial. La propuesta permite recorrer las necesidades que aparecen desde las primeras sospechas hasta el seguimiento y el apoyo a quienes cuidan.



Entrar en la biblioteca de demencia

Migraña: reconocerla y mejorar su control

Los contenidos previstos profundizan en el diagnóstico tardío y la migraña no controlada. Los casos, el pódcast y la microformación abordarán **cuándo pensar en migraña, cuándo valorar prevención y cómo detectar el sobreuso de medicación**, además del seguimiento y los criterios de derivación.

La propuesta incorpora también el impacto personal, familiar, social y laboral de una enfermedad cuyos síntomas pueden normalizarse y retrasar la búsqueda de atención.



Entrar en la biblioteca de migraña

Esclerosis múltiple: sospecha y continuidad asistencial

La propuesta conecta señales de sospecha con el seguimiento desde Atención Primaria. Incluye **fatiga, dolor y salud emocional**, así como cuándo consultar o coordinarse con Neurología.

El pódcast previsto, «Vivir con esclerosis múltiple», se centrará en la continuidad asistencial entre ambos niveles. La sesión clínica y la microformación abordarán qué puede detectar el médico de familia y cómo integrar su intervención en el seguimiento del paciente.

Las áreas de endocrinología y nefrología amplían este recorrido hacia problemas metabólicos y renales que también exigen decisiones individualizadas y atención continuada.



Explorar Endocrinología

Explorar Nefrología

Diabetes tipo 2: personalizar e intensificar

Los programas plantean cómo individualizar objetivos y cuándo intensificar el tratamiento. Los casos contrastan un diagnóstico reciente con obesidad y alto riesgo frente a un control insuficiente con enfermedad renal.

Protección cardiovascular y renal, adherencia e inercia terapéutica completan un recorrido que busca relacionar las decisiones con el perfil y las circunstancias de cada paciente.

Obesidad: una atención más allá del peso

La evaluación del riesgo y las comorbilidades se conecta con objetivos y seguimiento individualizados. Los casos previstos abordan obesidad con hipertensión y prediabetes, y una respuesta insuficiente que exige revisar la intervención.

El pódcast incorpora **estigma, infradiagnóstico y abordaje como enfermedad crónica**. El desarrollo previsto incluye también el riesgo cardiometabólico y la coordinación asistencial.

EPOC: detectar antes y seguir mejor

La propuesta recorre la sospecha ante disnea y tos persistente, la espirometría y el diagnóstico. También aborda la atención después de una exacerbación, con especial interés en **técnica inhalatoria, adherencia, control clínico y seguimiento**, junto con señales de alerta y prevención de nuevas exacerbaciones.

Son cuestiones que conectan la detección temprana con las comprobaciones y decisiones necesarias para mantener la continuidad de la atención.



Entrar en la biblioteca de EPOC



Conocer el área Cardiovascular

Continuo cardiorrenal: anticiparse al daño

Los contenidos previstos reúnen detección temprana, interpretación de **albuminuria y filtrado glomerular**, y protección cardiovascular y renal.

Los casos plantean situaciones como diabetes con albuminuria y filtrado conservado, o insuficiencia cardiaca con enfermedad renal, para trabajar decisiones de tratamiento, seguimiento y coordinación entre niveles asistenciales.

Contenidos que se incorporan progresivamente

Estas líneas ilustran la propuesta de desarrollo para 2027 y podrán ampliarse con nuevas bibliotecas, temas y programas. Los profesionales y las entidades interesados en un ámbito que todavía no figure entre ellas pueden plantear su desarrollo a través de las vías de colaboración del Aula.

Los recursos se incorporarán progresivamente y su disponibilidad se indicará en la web; cada biblioteca tendrá su propio ritmo de crecimiento. Los programas contemplan publicación y acceso posterior a demanda durante doce meses para los nuevos contenidos.

Incluyen también los **Retos FIDYS**, encuentros de debate orientados a elaborar conclusiones y recomendaciones sobre problemas asistenciales.

La continuidad permite que una sesión sea el comienzo de un recorrido: posteriormente pueden sumarse casos, conversaciones o materiales breves que amplíen el tema y ofrezcan nuevos motivos para volver.

Una base científica conectada con Atención Primaria

Los cursos de actualización toman como referencia *Harrison. Principios de Medicina Interna* y se apoyan en **AccessMedicina**, la plataforma de conocimiento clínico de McGraw Hill.

Esta base se combina con la participación de médicos de familia y especialistas para relacionar el conocimiento con la realidad del paciente: sus otras patologías, las circunstancias familiares, el seguimiento y la coordinación asistencial.

SEMERGEN aporta su conocimiento de Atención Primaria y de las necesidades de sus profesionales. La Fundación FIDYS contribuye con su experiencia y capacidad para desarrollar proyectos formativos. El Aula es la primera iniciativa del acuerdo entre ambas entidades y nace con vocación de continuidad.



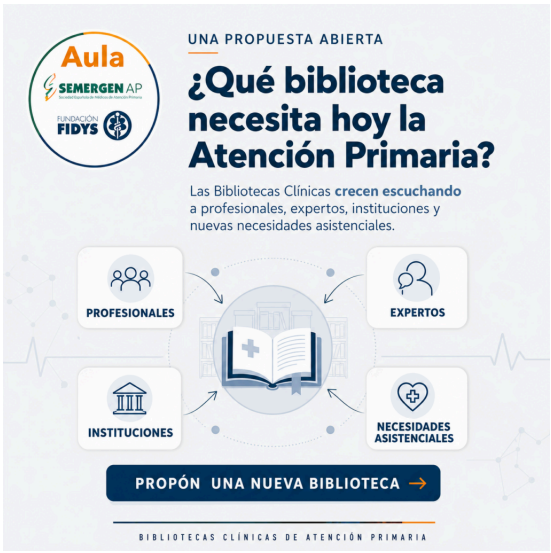
Conocer el modelo formativo del Aula

Un espacio para aprender, aportar y colaborar

Para los profesionales con vocación docente, el modelo ofrece un marco donde integrar conocimiento y experiencia en distintos formatos. Una aportación puede quedar vinculada a otros recursos de su biblioteca y mantener su recorrido después del estreno.

Para las compañías del ámbito sanitario, el Aula plantea posibilidades de apoyo a contenidos concretos, programas por áreas y acuerdos de continuidad. Esta organización permite situar cada colaboración dentro de una línea clínica reconocible, con **dirección e independencia científica de SEMERGEN–FIDYS**.

Las áreas descritas son un punto de partida. Los profesionales y las entidades interesados en proponer nuevos temas, aportar experiencia docente o apoyar el desarrollo de una línea clínica pueden plantear su colaboración.



Proponer una línea clínica o colaborar

El 29 de octubre, así fue la presentación

En la presentación participaron José Polo, presidente de SEMERGEN; Juan Carlos Sánchez, director general de la Fundación FIDYS; Nieves Tarín, jefa del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Móstoles, profesora asociada de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos y coordinadora de los cursos del área cardiovascular; y Norberto Rosas, Regional Head of Sales–Europe de McGraw Hill Professional.

La demostración permitió conocer cómo funciona el Aula y cómo se articula su propuesta. Al finalizar, se ofreció un cóctel a los asistentes.

La web ya puede explorarse. Elegir una patología, conocer una sesión o recorrer una biblioteca permite descubrir qué puede aportar a la propia actualización y dónde puede encajar una futura colaboración.

Conoce el Aula

Encuentra un tema cercano a tu consulta, explora sus recursos y descubre las posibilidades de aprendizaje y colaboración del Aula SEMERGEN–FIDYS.

Explorar el Aula SEMERGEN–FIDYS

UN MODELO QUE CONVENCE. UNA EXPERIENCIA QUE LO RESPALDA.



El Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS alcanza una valoración global de los aspectos evaluados de 4,93 sobre 5 y un 96,2 % de recomendación positiva en sus primeras tres sesiones clínicas evaluadas. Los participantes destacan la utilidad para la consulta, la actualización profesional y la claridad de los ponentes.

Una propuesta conectada con la consulta

El Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS acerca el conocimiento a la práctica diaria en Atención Primaria. Sus sesiones abordan problemas que el profesional encuentra en la consulta, con una orientación práctica y explicaciones que facilitan la actualización.

Las valoraciones de las sesiones sobre **migraña, demencia y epilepsia** ofrecen un primer respaldo a esta propuesta. Los resultados reflejan una experiencia bien valorada tanto por sus contenidos como por los profesionales y los recursos que la hacen posible.

Una valoración global que respalda la experiencia

La **valoración global de los aspectos evaluados alcanza el 4,93 sobre 5**. Este indicador reúne la evaluación de la organización, la plataforma, los contenidos, las expectativas, la duración, los ponentes y los medios técnicos.

La disposición a recomendar las sesiones refuerza esa valoración: **el 90,6 % otorga la máxima puntuación a la pregunta de recomendación**.

96,2 %

Recomendación positiva

90,6 %

Máxima recomendación
Puntuaron con un 5 sobre 5 su disposición a recomendar la sesión.

La calidad, evaluada aspecto por aspecto

La buena acogida del Aula se extiende a los distintos componentes de la experiencia formativa. La claridad y el conocimiento de los ponentes destacan junto a la organización, la plataforma y los recursos técnicos.

El desglose permite identificar las fortalezas del modelo y conocer cómo responde a las expectativas de quienes participan.

100 %

Organización

100 %

Plataforma

100 %

Contenidos programados

98,1 %

Expectativas

98,1 %

Duración

100 %

Claridad de los ponentes

100 %

Conocimiento de los ponentes

100 %

Medios técnicos

Tres sesiones, una respuesta favorable

La recomendación positiva supera el 92 % en las tres sesiones evaluadas y alcanza el 100 % en epilepsia. Una respuesta favorable que se mantiene en los distintos temas abordados.

92,9 %

Migraña
Recomendación positiva.

96,2 %

Demencia
Recomendación positiva.

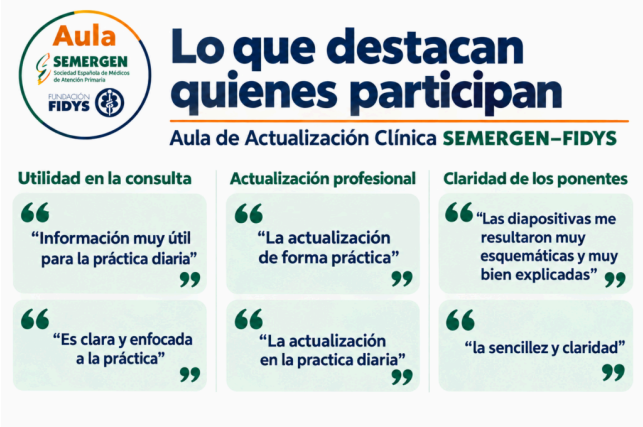
100 %

Epilepsia
Recomendación positiva.

La utilidad del modelo, en palabras de quienes participan

Los comentarios aportan una dimensión concreta a las valoraciones: explican qué encuentran los participantes en las sesiones y qué consideran útil para su trabajo.

Sus opiniones destacan tres aspectos: **la aplicación en la consulta, la actualización profesional y la claridad de las explicaciones**.



Resultados que invitan a seguir avanzando

Estos primeros resultados respaldan la propuesta del Aula: **una formación clínica bien valorada, que los participantes recomiendan y cuya utilidad reconocen en sus comentarios**.

La respuesta recibida ofrece una base para seguir desarrollando nuevas sesiones, incorporar otros temas y evaluar la evolución de la experiencia formativa.

Para las entidades interesadas en colaborar, el Aula SEMERGEN–FIDYS presenta un proyecto en marcha con resultados concretos sobre la calidad percibida y la acogida de sus sesiones. Una referencia desde la que conversar sobre nuevas iniciativas de actualización clínica en Atención Primaria.

Conocer el Aula SEMERGEN–FIDYS

Colabora con el Aula

Tu próximo proyecto de actualización clínica puede formar parte del Aula SEMERGEN–FIDYS. Hablemos del público al que quieres llegar, de sus necesidades formativas y de los objetivos de tu iniciativa.

Explorar una colaboración →

ALBERTO FÁBREGAS GIL Y LA APUESTA POR UNA ATENCIÓN PERSONALIZADA EN NEUROLOGÍA



Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España, analiza la implantación de la compañía y su apuesta por adaptar los tratamientos a las necesidades de cada paciente. Aborda el valor de la galénica, los retos de acceso y la colaboración formativa con FIDYS y Educa-med para acercar la neurología a especialistas y médicos de familia.

La llegada de Desitin a España

Desitin cuenta con más de cien años de historia en Europa, pero su implantación directa en España es reciente. ¿Por qué decidió la compañía que este era el momento adecuado para abrir su filial española?

Desitin es una compañía familiar alemana, fundada en Hamburgo en 1919, que ha crecido de forma muy meditada, sin prisas y siempre con una idea clara: estar allí donde podamos aportar algo diferente a los pacientes. España llevaba tiempo en el radar. Es un país con un sistema sanitario de enorme calidad, con una neurología, una psiquiatría y una neuropediatría de primer nivel, y con profesionales que son referentes en Europa.

El momento adecuado llega cuando se alinean tres cosas: una cartera de productos madura y pensada para el paciente, la convicción de que la cercanía directa con los profesionales es insustituible y la decisión de la casa matriz de apostar por España.

¿Qué oportunidad identificaron en España y qué papel ocupa nuestro país dentro de la estrategia europea de Desitin?

Vimos un espacio muy concreto: el de la **personalización del tratamiento** en el sistema nervioso central. En epilepsia, por ejemplo, hay muchos pacientes —niños, personas mayores, personas con dificultades para tragar— para los que la forma en la que se administra un medicamento es tan importante como el principio activo. Desitin lleva décadas optimizando la galénica de sus fármacos, con formulaciones divisibles, granuladas, inyectables, líquidas que permiten ajustar la dosis con precisión y facilitar la adherencia. Eso, en el día a día de una familia, marca la diferencia.

Lo que construyamos aquí, en formación, en relación con las sociedades científicas y en cercanía con las asociaciones de pacientes, queremos que sirva también de referencia para el resto de los países.

Construir equipo y ganarse la confianza

Crear una filial desde cero exige construir equipo, relaciones y posicionamiento en muy poco tiempo. ¿Cuáles han sido los principales desafíos de esta primera etapa?

El primer desafío, y el más bonito, ha sido construir el equipo. Somos una filial pequeña en tamaño, y eso obliga a acertar con cada incorporación. No buscábamos solo currículums brillantes, sino personas con criterio, con valores humanos, con capacidad de trabajar en varias cosas a la vez y con una sensibilidad real hacia el paciente. Creo sinceramente que lo hemos conseguido: tengo la suerte de trabajar con un equipo corto en número, pero de excel-

entes profesionales y, sobre todo, de excelentes personas.

El segundo reto es el tiempo. La confianza de un neurólogo, de un psiquiatra o de un farmacéutico de hospital no se compra, se gana visita a visita, con rigor y cumpliendo lo que se promete.

Y el tercero, que no quiero esquivar, es el acceso. Hay productos que realmente le cambian la vida al paciente y facilitan mucho el trabajo del médico que lo trata, pero cuyo valor no siempre queda reflejado en las condiciones de financiación y reembolso. Hacer entender que una buena galénica no es un matiz, sino una herramienta terapéutica, es una conversación que tenemos que seguir teniendo con las administraciones.

En apenas unos meses, Desitin España ha iniciado su actividad comercial y ha impulsado distintas iniciativas científicas y formativas. ¿Qué balance hace del camino recorrido?

Hago un balance muy positivo y, sobre todo, lleno de ilusión. En pocos meses hemos abierto la filial en Madrid, hemos iniciado la actividad comercial, hemos incorporado nuevas presentaciones en neurología y en psiquiatría y hemos puesto en marcha iniciativas formativas propias, como Desitin Day, Desitin Talks, Galenic Talks by Desitin, además de colaborar con programas de referencia junto a SEMERGEN-FIDYS y la Sociedad Española de Neurología.

Pero lo que más valoro no está en ningún indicador. Es la respuesta de los profesionales, que nos han recibido con curiosidad y con generosidad, y el comentario de algún médico que nos dice que una determinada formulación le ha resuelto un problema real con un paciente concreto. Eso nos confirma que el camino es el correcto. Somos conscientes de que estamos al principio y de que queda muchísimo por hacer, pero hemos puesto unos cimientos sólidos.

¿Qué logros considera más importantes para valorar el éxito de una compañía durante sus primeros años: los resultados comerciales, la confianza de los profesionales, el equipo construido o el impacto sobre los pacientes?

No creo que sean alternativas; son eslabones de la misma cadena. Si tuviera que ordenarlos, empezaría por el impacto sobre los pacientes, porque es el único motivo que justifica nuestra existencia. Si somos capaces de mejorar la vida de una persona con epilepsia y la de su familia, estamos haciendo bien nuestro trabajo.

Ese impacto solo es posible si nos ganamos la confianza de los profesionales sanitarios, que son quienes deciden cuál es el mejor tratamiento para cada paciente. Y esa confianza solo se construye con un equipo excelente, honesto y bien formado.

Los resultados comerciales llegan como consecuencia; son necesarios, porque nos permiten seguir invirtiendo en formación, en investigación y en nuevos productos, pero para mí son el termómetro, no el objetivo. Una compañía que en sus primeros años consigue un equipo comprometido y la credibilidad del entorno clínico tiene el futuro asegurado.

Los resultados comerciales llegan como consecuencia; son necesarios, porque nos permiten seguir invirtiendo en formación, en investigación y en nuevos productos, pero para mí son el termómetro, no el objetivo.

Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España

Liderar desde la experiencia y la cercanía

Usted acumula más de treinta años de experiencia en la industria farmacéutica. ¿Qué aprendizajes de su trayectoria está aplicando en la construcción de Desitin España?

He tenido la suerte de trabajar en compañías muy distintas —multinacionales, empresas familiares, laboratorios nacionales— y en áreas terapéuticas muy diversas. Y he tenido también la oportunidad de poner en marcha varias filiales desde cero en España y Portugal, Latinoamérica, y Europa, así como en otras geografías. De todo ello saco tres aprendizajes que estoy aplicando ahora.

El primero es que las personas lo son todo: una organización es exactamente tan buena como el equipo que la forma, y el trabajo más importante de un director general es elegir bien y después dar confianza.

El segundo es que el foco es una ventaja competitiva: es mejor ser muy bueno en pocas cosas que correcto en muchas.

Y el tercero me viene de mi formación como farmacéutico, e incluso de mi etapa detrás del mostrador de una farmacia: detrás de cada caja de medicamento hay una persona, una familia y una historia. Cuando uno ha visto de cerca cómo un tratamiento que se adapta al paciente cambia su día a día, no lo olvida.

A esto añadiría algo que conozco bien del área del sistema nervioso central, en la que he trabajado en etapas anteriores: aquí la relación con los profesionales es de largo recorrido y se basa en el conocimiento científico. No hay atajos.

¿Qué cultura empresarial quiere desarrollar en la filial española y qué cualidades busca en las personas que forman parte del proyecto?

Quiero una cultura basada en tres ideas: **cercanía, rigor y compromiso**. Cercanía con los pacientes y con los profesionales, pero también entre nosotros; en un equipo pequeño no hay sitio para la burocracia ni para los compartimentos estancos. Rigor científico y ético en todo lo que hacemos. Y compromiso, entendido como sentir el proyecto como propio.

En las personas busco, antes que nada, **calidad humana**. Los conocimientos técnicos se pueden adquirir; la honestidad, la humildad y la generosidad con los compañeros, no tanto. Después busco curiosidad, capacidad de aprender y cierta dosis de espíritu emprendedor, porque en una filial que empieza todos hacemos un poco de todo. Me siento muy orgulloso del equipo que tenemos: somos pocos, pero cada uno aporta muchísimo, y la calidad profesional va de la mano de una calidad personal extraordinaria.

Autonomía y compromiso con las personas

¿Cómo se combina el respaldo y la experiencia de una compañía alemana centenaria con la capacidad de adaptación y decisión que exige el mercado español?

Es una combinación muy enriquecedora. Desitin aporta más de cien años de experiencia, fabricación propia en Alemania, una cultura de calidad muy exigente y una visión de largo plazo propia de una empresa familiar, que no vive pendiente del resultado del próximo trimestre. Eso da una estabilidad enorme a un proyecto que empieza.

Por nuestra parte, desde España aportamos agilidad y conocimiento del entorno local, que es muy particular: diecisiete servicios de salud, procesos de acceso y financiación específicos, un gran peso del hospital y de la atención primaria. La clave está en la confianza mutua. La casa matriz nos da autonomía para decidir con rapidez y nosotros correspondemos con transparencia y resultados. Además, al ser una compañía de tamaño medio, las distancias son cortas: una buena idea que nace en Madrid puede llegar a Hamburgo en muy poco tiempo.

Cuando se empieza una operación desde cero, la personalidad de su director general tiene una influencia especial. ¿Qué parte de la cultura de Desitin España lleva su sello personal?

Es una pregunta difícil de responder uno mismo, pero creo que hay dos cosas que llevan algo de mi sello. La primera es la convicción de que el paciente tiene que estar presente en todas las conversaciones, también en las internas. Cuando discutimos un plan o una prioridad, la pregunta de fondo siempre es la misma: ¿esto mejora la vida de alguien?

La segunda es mi pasión por la formación. A lo largo de mi carrera he dedicado mucho esfuerzo a programas formativos para profesionales sanitarios, y he recibido algún reconocimiento por ello que guardo con especial cariño. Creo firmemente que acompañar a los médicos en su actualización es una de las mejores formas que tiene la industria de devolver a la sociedad lo que recibe.

Y, por último, intento transmitir ilusión. Iniciar un proyecto nuevo en el sistema nervioso central, un área que conozco bien y que me apasiona, es un privilegio, y quiero que el equipo lo viva así.

Por último, pasamos muchas horas trabajando y esforzándonos. La **calidad humana** del equipo y la actitud son fundamentales. Detrás de cada miembro del equipo hay una familia; quizás porque yo tengo una gran familia me fijo mucho en ello. Me encanta conocer y respetar el espacio personal que cada uno tiene al salir de aquí, y que el bienestar que Desitin les pueda proporcionar llegue también a su entorno.

> ***La casa matriz nos da autonomía para decidir con rapidez y nosotros correspondemos con transparencia y resultados.***
> **Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España**

Las necesidades del paciente con epilepsia

Desitin concentra su actividad en las enfermedades del sistema nervioso central, especialmente en epilepsia, neurología y psiquiatría. ¿Por qué ha decidido mantener una especialización tan definida?

Porque el foco es lo que nos permite ser realmente útiles. El sistema nervioso central es un área de una enorme complejidad, con patologías crónicas que acompañan al paciente durante toda su vida y que afectan de forma muy profunda a su entorno familiar, escolar y laboral. Hacerlo bien exige conocimiento profundo, especialización y continuidad.

Nuestro lema lo resume muy bien: el sistema nervioso central en el foco y las personas en el centro. La especialización nos permite hablar el mismo idioma que los neurólogos, los psiquiatras y los neuropediatras, entender sus necesidades reales y desarrollar soluciones a medida, desde nuevas formulaciones hasta medicamentos huérfanos para enfermedades poco frecuentes. Preferimos ser un compañero de viaje experto en un área concreta que uno más en muchas.

¿Cuáles son actualmente las principales necesidades no cubiertas de las personas con epilepsia y de sus familias?

A pesar de los avances, alrededor de un tercio de las personas con epilepsia sigue sin controlar sus crisis con los tratamientos disponibles. Esa es la primera gran necesidad. Pero hay otras menos visibles e igual de importantes: el estigma, que todavía existe; el impacto en la vida escolar y laboral; las comorbilidades psiquiátricas, como la ansiedad o la depresión; o los efectos adversos que condicionan la calidad de vida.

Y hay un aspecto que a menudo olvidamos: las familias. Pensemos en unos padres que tienen que administrar varias veces al día una dosis ajustada al peso de su hijo, o en el cuidador de una persona con discapacidad intelectual que no puede tragar comprimidos. Para ellos, disponer de una formulación que se adapte al paciente no es una comodidad, es una necesidad.

Y existe también el reto del acceso: que las soluciones que realmente cambian la vida del paciente estén disponibles y financiadas en igualdad de condiciones en todo el territorio.

El valor de la galénica y la atención coordinada

Desitin concede especial importancia a formulaciones que faciliten una dosificación precisa y la adherencia al tratamiento. ¿Hasta qué punto pueden estos aspectos modificar la calidad de vida de un paciente?

Muchísimo. En epilepsia la adherencia es crítica: olvidar una dosis o no tomar la cantidad correcta puede desencadenar una crisis, con todo lo que eso supone. Cuando un tratamiento se adapta al paciente —porque es divisible, porque se presenta en granulado o en solución oral, porque permite ajustar la dosis con precisión—, la probabilidad de que se tome bien aumenta de forma notable.

En Desitin hemos optimizado la galénica de numerosos antiepilépticos, obteniendo formulaciones que incrementan la adaptabilidad terapéutica y facilitan una dosificación precisa. En la práctica, eso significa un niño que puede tomar su medicación sin conflicto, un paciente mayor que no tiene que partir comprimidos o una persona con disfagia que no depende de manipular el medicamento. También facilita mucho el trabajo del médico, que puede ajustar la pauta con seguridad.

Por eso insistimos tanto en que **el valor de la galénica** se reconozca también en las decisiones de financiación y reembolso. Tratar estas formulaciones como si fueran intercambiables sin más con cualquier otra presentación es no ver lo que suponen en la vida real de los pacientes.

Neurología, psiquiatría y neuropediatría comparten cada vez más espacios clínicos. ¿Necesitamos superar la tradicional separación entre estas especialidades?

Creo que sí, y la realidad clínica ya lo está haciendo. Un porcentaje muy significativo de las personas con epilepsia presenta comorbilidades psiquiátricas; muchos fármacos tienen indicaciones en ambos campos, como ocurre con algunos estabilizadores del ánimo; y en la infancia la frontera entre el neurodesarrollo, la neurología y la salud mental es cada vez más difusa.

No se trata de diluir las especialidades, que tienen su identidad y su conocimiento propio, sino de crear más espacios de encuentro. El paciente es uno solo y agradece un abordaje coordinado. Precisamente con esa idea nació Desitin Day: reunir en una misma sala a neurólogos, psiquiatras y neuropediatras para compartir casos, controversias y novedades. Si desde la industria podemos facilitar ese diálogo, estaremos contribuyendo a una atención más integral.

> ***El paciente es uno solo y agradece un abordaje coordinado.***
> Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España

Los obstáculos para acercar la innovación al paciente

La innovación científica avanza con rapidez, pero su incorporación a la práctica clínica puede ser más lenta. ¿Qué obstáculos encuentra actualmente una compañía especializada cuando intenta acercar nuevas soluciones a los pacientes?

El primer obstáculo es el tiempo que transcurre desde que un medicamento está autorizado hasta que llega realmente al paciente, con procesos de precio y financiación y, después, evaluaciones y decisiones a nivel autonómico y hospitalario. Para una compañía especializada, con un tamaño contenido, recorrer ese camino requiere mucho esfuerzo y paciencia.

El segundo es que no siempre se valora adecuadamente la innovación incremental. Hay productos que no son una molécula nueva, pero que cambian la vida del paciente y del médico que lo trata: una formulación pediátrica, una presentación que facilita la adherencia, un medicamento huérfano para una enfermedad rara.

Cuando el sistema de reembolso los equipara a otras presentaciones solo por el principio activo, se corre el riesgo de que dejen de estar disponibles. Ese es un reto que queremos abordar con diálogo y con datos, junto a las administraciones, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes.

Y el tercero es la difusión del conocimiento: que la información sobre nuevas opciones terapéuticas llegue a todos los profesionales, también fuera de los grandes centros. Ahí la formación continuada es fundamental.



Un foro compartido entre especialidades

Desitin Day 2026 reúne en su programa neurología, psiquiatría y neuropediatría, con contenidos sobre epilepsia, neurodesarrollo y enfermedades neuropsiquiátricas. La propuesta publicada en Educa-med concreta el diálogo entre especialidades que Fábregas defiende en esta entrevista. La página contempla modalidades con y sin acreditación y solicita un código promocional de Desitin para la inscripción.

Formación compartida y atención primaria

Desitin Day 2026 reunió a especialistas de Neurología, Psiquiatría y Neuropediatría para analizar controversias y novedades en neurociencias. ¿Qué necesidad dio origen a este encuentro y qué conclusiones extrae de su primera edición?

Desitin Day nació de algo que escuchábamos en muchas conversaciones con especialistas: la necesidad de un foro práctico, cercano y multidisciplinar en el que neurólogos, psiquiatras y neuropediatras pudieran compartir experiencias, discutir controversias con libertad y actualizarse sobre las novedades en neurociencias. Existen grandes congresos de cada especialidad, pero faltaban espacios de encuentro entre ellas.

Es una iniciativa propia de Desitin, y para nosotros tiene un valor muy especial porque resume nuestra forma de entender la relación con los profesionales: aportar valor científico, no solo hablar de producto. De la primera edición me quedo con la participación, con la calidad del debate y con una conclusión compartida por casi todos: los pacientes se benefician cuando las especialidades trabajan juntas. La acogida ha sido tan buena que ya estamos pensando en la próxima edición.

Desitin también colabora con el Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS, que acerca contenidos sobre epilepsia y otros trastornos neurológicos a los médicos de Atención Primaria. ¿Por qué es importante implicar al primer nivel asistencial en estas patologías?

Porque la atención primaria es la puerta de entrada al sistema y el lugar donde se hace buena parte del seguimiento del paciente crónico. El médico de familia es muchas veces quien sospecha una primera crisis, quien deriva al neurólogo, quien controla las interacciones con otros tratamientos, quien detecta un problema de adherencia o quien atiende a la familia cuando surge una duda. Si el primer nivel asistencial está bien formado, el paciente gana en tiempo, en seguridad y en calidad de vida.

Es un ámbito que conozco de cerca y al que tengo mucho cariño. Hace años tuve la oportunidad de trabajar intensamente en formación con los médicos generales, y aprendí lo mucho que agradecen contenidos prácticos y bien orientados a su consulta. Colaborar con el Aula de Actualización Clínica SEMERGEN-FIDYS nos permite llegar a muchos profesionales con el aval y el rigor de una sociedad científica de referencia.

La epilepsia en la consulta de familia

La Biblioteca Clínica de Epilepsia del Aula SEMERGEN-FIDYS reúne sesiones, charlas y cursos, con la colaboración de Desitin. La sesión sobre epilepsia y crisis epilépticas incorpora las perspectivas del neurólogo Rafael Pérez Noguera y del médico de familia José Manuel Calleja Pascual, dentro de la coordinación científica de María Luisa Martínez Ginés. Su programa aborda diagnóstico diferencial, derivación y seguimiento compartido.



Formar a los jóvenes y proteger la independencia científica

La compañía participa como patrocinador principal en el programa de Formación Médica Continuada en Neurología dirigido por el Dr. Jesús Porta-Etessam y avalado científicamente por la Sociedad Española de Neurología. ¿Qué valor tiene para Desitin apoyar la formación de residentes y neurólogos jóvenes?

Apoyar la formación de los residentes y de los neurólogos jóvenes es, probablemente, una de las inversiones con más retorno para la sociedad. Son los profesionales que van a atender a nuestros pacientes durante las próximas décadas, y acompañarlos en sus primeros años es una responsabilidad y un privilegio.

Que el programa esté dirigido por el Dr. Jesús Porta-Etessam y avalado científicamente por la Sociedad Española de Neurología es una garantía de calidad e independencia. Nuestro papel como patrocinador principal es hacer posible el programa, no condicionar sus contenidos. Para una compañía como Desitin, que acaba de llegar y quiere quedarse muchos años, construir desde el principio una relación basada en la formación y en la confianza con las nuevas generaciones de neurólogos es coherente con lo que somos: un compañero de viaje a largo plazo.

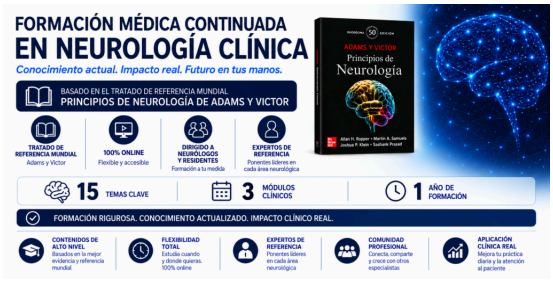
¿Cómo debe organizarse la colaboración entre la industria, las sociedades científicas y las entidades formativas para garantizar el rigor, la transparencia y la independencia de los contenidos?

Con reglas claras y con respeto a los papeles de cada uno. Las sociedades científicas y las entidades formativas deben tener la **responsabilidad plena sobre los contenidos**, la elección de los ponentes y el enfoque científico. La industria puede y debe apoyar, porque la formación médica continuada necesita recursos, pero sin interferir en el mensaje.

Además, es fundamental la transparencia: que siempre quede claro quién patrocina, en qué condiciones y con qué objetivo, en línea con el Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria y con la publicación de las transferencias de valor.

La acreditación oficial de las actividades es otro elemento de garantía. Cuando cada actor hace lo que le corresponde, la colaboración entre industria, sociedades científicas y entidades formativas es enormemente positiva, y el principal beneficiado es el paciente.

> ***Nuestro papel como patrocinador principal es hacer posible el programa, no condicionar sus contenidos.***
> **Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España**



Una iniciativa de FIDYS para neurólogos y residentes

El programa de Formación Médica Continuada en Neurología es una iniciativa de FIDYS basada en Principios de Neurología de Adams y Victor. Cuenta con la dirección académica de Jesús Porta-Etessam, la coordinación científica de Jaime Rodríguez Vico y el aval científico de la Sociedad Española de Neurología.

Su estructura online combina tres módulos clínicos con sesiones en directo para repasar contenidos, resolver dudas y debatir casos. Este marco sitúa el apoyo de Desitin, descrito por Fábregas, dentro de un proyecto con responsabilidades académicas identificadas.

Las prioridades para los próximos cinco años

Tras esta primera etapa de implantación, ¿cuáles son las prioridades de Desitin España y dónde le gustaría situar a la compañía durante los próximos cinco años?

Nuestras prioridades son claras. La primera, consolidar la presencia de nuestra cartera en epilepsia y psiquiatría y seguir incorporando productos que aporten valor real a pacientes y profesionales, incluidos medicamentos para enfermedades poco frecuentes del sistema nervioso

central. La segunda, trabajar para que esas soluciones sean accesibles, afrontando con diálogo el reto del reembolso de productos que cambian la vida al paciente.

La tercera, seguir impulsando la formación continuada, con iniciativas propias como Desitin Day y con alianzas con sociedades científicas. Y la cuarta, cuidar y hacer crecer, con prudencia, a nuestro equipo.

Dentro de cinco años me gustaría que Desitin fuera reconocida en España como la compañía de referencia en el cuidado personalizado del paciente con epilepsia y otras patologías del sistema nervioso central: cercana, rigurosa y comprometida. No aspiramos a ser los más grandes, sino a ser los más útiles para los pacientes, sus familias y los profesionales que los atienden.

Cuando mire atrás dentro de unos años, ¿qué le gustaría haber aportado personalmente a Desitin, a los profesionales sanitarios y a los pacientes españoles?

Me gustaría haber contribuido a que muchas personas con epilepsia, y sus familias, vivan un poco mejor: con tratamientos que se adaptan a ellas, con más tranquilidad y con menos obstáculos en su día a día. Si alguna madre o algún padre siente que la medicación de su hijo es más fácil de manejar gracias a lo que hacemos, me daré por satisfecho.

A los profesionales sanitarios me gustaría haberles aportado herramientas útiles y formación de calidad, y haber sido un interlocutor honesto y de confianza.

A Desitin, haber construido una filial sólida, con una cultura de la que todos nos sintamos orgullosos. Y, en lo personal, me encantaría que las personas que forman hoy este pequeño gran equipo recuerden esta etapa como una de las mejores de su carrera: un proyecto que empezamos juntos, con mucha ilusión, y que dejó huella en la vida de los pacientes.

> ***No aspiramos a ser los más grandes, sino a ser los más útiles para los pacientes, sus familias y los profesionales que los atienden.***
> **Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España**

Fuentes

Entrevista a Alberto Fábregas Gil, director general de Desitin España. Respuestas facilitadas para publicación, versión de 23 de septiembre de 2026.

Contexto editorial y materiales gráficos: Desitin Day 2026; Formación Médica Continuada en Neurología; Epilepsia y crisis epilépticas; Biblioteca Clínica de Epilepsia. Páginas oficiales de Educa-med y del Aula SEMERGEN–FIDYS.

Actualización en epilepsia

Descubre las iniciativas que cuentan con la colaboración de Desitin en FIDYS y Educa-med: encuentros de neurociencias, formación basada en Adams y Victor y recursos clínicos para Atención Primaria. Accede a cada propuesta para consultar sus contenidos y condiciones de participación.

Desitin Day 2026

Controversias y novedades en neurología, psiquiatría y neuropediatría.

Formación en Neurología basada en Adams y Victor

Programa de FIDYS para neurólogos y residentes, con el aval científico de la Sociedad Española de Neurología.

Sesiones clínicas de Neurología

Epilepsia y crisis epilépticas desde la perspectiva de Neurología y Atención Primaria en el Aula SEMERGEN–FIDYS.

Biblioteca Clínica de Epilepsia

Recursos para la actualización y la práctica clínica de los profesionales de Atención Primaria.

EPILEPSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: LAS CLAVES QUE DEJA EL CASO DE ROCÍO



Reconocer crisis que habían pasado inadvertidas, interpretar las pruebas y adaptar el tratamiento a la vida del paciente fueron algunos de los aprendizajes de la sesión «Epilepsia y crisis epilépticas» del Aula SEMERGEN–FIDYS. El caso de Rocío permitió conectar las decisiones iniciales con el seguimiento compartido entre Atención Primaria y Neurología.

La convulsión que permitió reconocer episodios anteriores

Rocío tiene 35 años y consulta después de perder el conocimiento durante el desayuno. Su pareja describe una secuencia precisa: dejó de hablar, desvió la mirada, realizó movimientos repetidos con la boca y comenzó a sacudir el brazo derecho. Después cayó al suelo y presentó sacudidas de todas las extremidades. Al terminar, permaneció adormilada unos quince minutos.

La clave aparece al profundizar en la historia. Durante el mes anterior había experimentado tres episodios breves de **déjà vu acompañado de una sensación epigástrica ascendente**, que había atribuido al estrés.

En el contexto de este caso ficticio, esos antecedentes sugieren crisis focales previas. La convulsión que motiva la consulta sería, por tanto, la primera reconocida, pero no necesariamente la primera manifestación de la enfermedad.

El Dr. Rafael Pérez Noguera, neurólogo del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, y el Dr. José Manuel Calleja Pascual, médico de Familia del Centro de Salud Aranbizkarra 1 y miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN, utilizaron esta historia para recorrer las decisiones diagnósticas y de seguimiento.

Una crisis epiléptica

Es un episodio causado por una actividad eléctrica cerebral anormal, excesiva o sincrónica. Puede aparecer en relación con una alteración aguda, como un trastorno metabólico, una intoxicación o una lesión cerebral. Su valoración exige investigar las circunstancias y la posible causa.

La epilepsia

Es una enfermedad caracterizada por una predisposición persistente a presentar crisis. Identificar episodios anteriores puede cambiar la interpretación de una consulta aparentemente motivada por una primera crisis. En Rocío, la repetición de síntomas breves y similares resulta decisiva para el razonamiento clínico.

Escuchar al testigo y reconstruir la secuencia

Rocío no recuerda lo sucedido. El relato de su pareja permite orientar el episodio como una **crisis focal que evoluciona a bilateral tónico-clónica**.

La sesión insistió en ordenar la historia en tres momentos: antes, durante y después. Qué estaba haciendo la persona, cómo comenzó el episodio, qué movimientos aparecieron y cómo recuperó su estado habitual son preguntas que aportan información clínica relevante.

También se revisó el diagnóstico diferencial con el síncope convulsivo y las crisis disociativas. Las sacudidas no bastan para distinguirlos, y ningún signo aislado confirma

una crisis disociativa. Además, estas pueden coexistir con epilepsia.

El mismo cuidado se aplica a los episodios previos: **un déjà vu aislado no equivale a epilepsia**. Su significado depende de la repetición, las características, los síntomas asociados y el contexto clínico.

> ***Primero, escuchar bien al paciente o escuchar al informador.***
>
> **Dr. Rafael Pérez Noguera, especialista en Neurología.**

Qué aportan las pruebas y cómo interpretar sus resultados

En Rocío, el debut convulsivo con inicio focal y una causa todavía no estudiada justificaba una valoración hospitalaria urgente.

La evaluación inicial incluyó constantes, glucemia capilar, exploración neurológica, búsqueda de lesiones y electrocardiograma. Este último ayuda a identificar causas cardiacas que pueden simular una crisis epiléptica.

Las pruebas posteriores responden a preguntas diferentes. El electroencefalograma ayuda a orientar el diagnóstico y el tipo de crisis; la resonancia magnética permite investigar causas estructurales. La tomografía urgente se valora según el contexto y los signos de alarma.

Un mensaje especialmente útil para la consulta fue que **un EEG normal no excluye epilepsia**, tal como recogen las recomendaciones de evaluación diagnóstica de NICE. Los resultados deben interpretarse junto con la historia clínica.



Elegir el tratamiento exige conocer la vida del paciente

Rocío trabaja, conduce y utiliza anticoncepción hormonal. También se plantea tener hijos. Estas circunstancias intervienen en la elección del tratamiento junto con el tipo de crisis, las comorbilidades y los posibles efectos adversos.

La sesión destacó la necesidad de **preguntar por anticoncepción y deseo gestacional antes de elegir el medicamento**. La planificación con Neurología permite valorar alternativas y seguimiento, evitando suspensiones del tratamiento por cuenta propia.

Anticoncepción y tratamiento: una revisión conjunta

Las interacciones aportaron un ejemplo concreto de por qué la historia farmacológica debe estar actualizada.

Los anticonceptivos con estrógenos pueden reducir la concentración de lamotrigina. A su vez, determinados medicamentos anticrisis pueden disminuir la eficacia de los anticonceptivos hormonales. Estas interacciones se recogen en la guía NICE sobre tratamiento y seguridad.

La sesión también abordó los riesgos reproductivos de determinados tratamientos y la importancia de planificar el embarazo. El consejo debe adaptarse al medicamento y a la situación de cada mujer, con coordinación entre los profesionales implicados.

Reconocer cambios

Preguntar por nuevas crisis, episodios breves y variaciones respecto al patrón habitual.

Revisar la adherencia

Explorar olvidos, dificultades con las tomas y dudas sobre el tratamiento.

Valorar la tolerancia

Detectar somnolencia, mareos, cambios conductuales y otros posibles efectos adversos.

Conocer el contexto

Revisar sueño, ánimo, alcohol, trabajo, conducción y proyectos personales.

Atención Primaria aporta continuidad

El seguimiento permite relacionar el control de las crisis con la vida cotidiana. Preguntar por el sueño, el ánimo o las dificultades para tomar la medicación ayuda a identificar problemas que requieren intervención.

Los ponentes subrayaron que las analíticas y los niveles plasmáticos deben responder a una **indicación concreta**, como sospecha de toxicidad, pérdida de control, embarazo o interacciones.

La coordinación con Neurología cobra especial importancia ante nuevas crisis, cambios del patrón habitual o necesidad de revisar el tratamiento.



En las personas mayores, revisar también la medicación

La conversación amplió el foco hacia las particularidades del paciente mayor: polimedicación, interacciones y mayor sensibilidad a determinados efectos adversos.

Se destacó la necesidad de ajustar el tratamiento con prudencia y de investigar episodios breves, recurrentes y similares entre sí. También se recordó que la confusión o las caídas pueden estar relacionadas con problemas de tolerancia.

Entre los ejemplos comentados figuró la **hiponatremia asociada a determinados medicamentos anticrisis**, una posibilidad que debe valorarse según el tratamiento y la situación clínica.

Durante una crisis

Proteger de golpes, retirar objetos peligrosos y cronometrar el episodio. No sujetar a la persona ni introducir nada en su boca. Al terminar las convulsiones, colocarla de lado y vigilar la respiración. Si existe un plan de rescate prescrito, seguir sus indicaciones.

Cuándo llamar al 112

Ante una primera crisis, convulsiones de cinco minutos o más, episodios repetidos sin recuperación, dificultad respiratoria o lesión relevante. También si ocurre en el agua o durante el embarazo. **No hay que esperar cinco minutos si existe otro motivo de alarma.**

La seguridad forma parte de la atención desde el inicio

Estas pautas, recogidas en la presentación revisada y concordantes con la información de primeros auxilios del NHS, deben explicarse al paciente y a quienes lo acompañan.

En Rocío, la conversación sobre seguridad incluye además la conducción, el baño, las alturas y el trabajo con maquinaria. El consejo tiene que ser concreto y adaptado a su actividad.

El caso deja un aprendizaje que atraviesa toda la sesión: **preguntar por lo que ocurrió antes puede cambiar la interpretación del episodio actual**. Después, el seguimiento compartido permite trasladar ese diagnóstico a decisiones sobre tratamiento, seguridad y calidad de vida.

Fuentes y materiales de referencia

Artículo elaborado a partir de la transcripción y la presentación revisada de «Epilepsia y crisis epilépticas», del Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS.

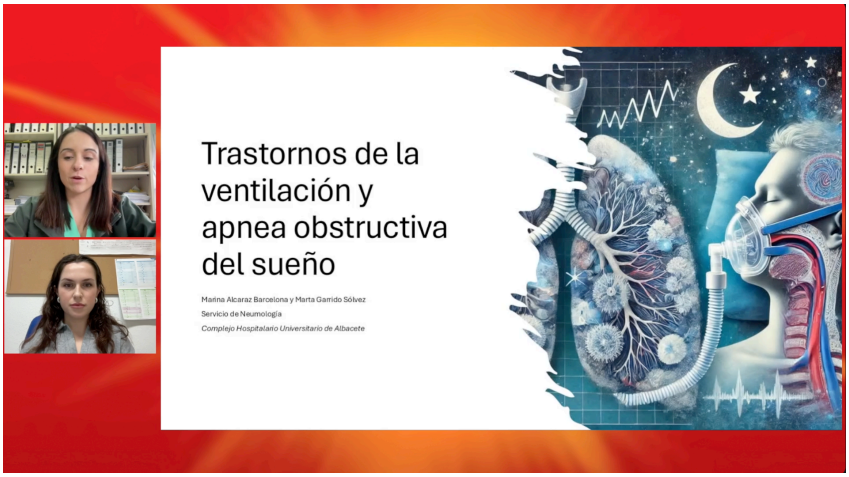
- Página oficial de la sesión.
- NICE: diagnóstico y evaluación de la epilepsia.
- NICE: tratamiento, seguridad y monitorización.
- NHS: actuación ante una crisis convulsiva.

Actualización clínica

Profundiza en el caso de Rocío y en las decisiones que conectan la primera valoración con el seguimiento de la epilepsia. Consulta la sesión del Aula SEMERGEN–FIDYS con Rafael Pérez Noguera y José Manuel Calleja Pascual.

Acceder a la sesión

APNEA DEL SUEÑO: LA VISIÓN DEL ESPECIALISTA Y DE ATENCIÓN PRIMARIA



La apnea del sueño plantea decisiones que conectan la consulta de Atención Primaria con la evaluación especializada. La formación de Educa-med reúne la visión de la neumóloga Marina Alcaraz Barcelona, el debate clínico con Marta Garrido Sólvez y la perspectiva del médico de familia Leovigildo Ginel Mendoza para recorrer la sospecha, el diagnóstico y el seguimiento.

Dos perspectivas para comprender un mismo proceso asistencial

Qué hace sospechar una apnea del sueño, cómo se confirma y qué ocurre después de iniciar el tratamiento son preguntas que necesitan una respuesta conectada. **La visión especializada y la de Atención Primaria aportan conocimientos complementarios sobre un mismo paciente.** Ese es el valor del recorrido formativo que sirve de base a este reportaje.

La neumóloga **Marina Alcaraz Barcelona**, del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, desarrolla los mecanismos de la enfermedad, las pruebas diagnósticas y las opciones terapéuticas. El debate con **Marta Garrido Sólvez**, del mismo servicio, lleva esos conceptos a dos casos clínicos. **Leovigildo Ginel Mendoza**, médico de familia del Centro de Salud Ciudad Jardín de Málaga, sitúa la sospecha y el seguimiento en la consulta cotidiana.

La lectura conjunta permite relacionar la información recogida en la primera valoración con las decisiones del estudio especializado y con los problemas que aparecen durante el tratamiento. Los contenidos pueden explorarse desde el [área de cursos de Enfermedades Respiratorias del Aula SEMERGEN–FIDYS](https://semergen-fidys.educa-med.online/cursos-de-enfermedades-respiratorias/).

La visión especializada

Marina Alcaraz explica cómo se produce la obstrucción, qué información ofrecen los estudios del sueño y cómo orientar el tratamiento. El debate con Marta Garrido permite seguir decisiones clínicas y comprender por qué la respuesta de cada paciente obliga a reevaluar el abordaje.

La visión de Atención Primaria

Leovigildo Ginel aborda cuándo sospechar apnea en la consulta, cómo organizar la evaluación inicial y qué observar después del diagnóstico. Su intervención conecta los síntomas con los hábitos, las comorbilidades y las dificultades para mantener el tratamiento en la vida cotidiana.

La visión de Atención Primaria empieza por reconocer la sospecha

En la sesión «Apnea del sueño. La visión del médico de Atención Primaria», **Leovigildo Ginel Mendoza, médico de familia del Centro de Salud Ciudad Jardín de Málaga**, sitúa el primer reto en reconocer una enfermedad que puede permanecer sin diagnosticar. La consulta permite relacionar el descanso nocturno con síntomas y enfermedades que ya forman parte del seguimiento habitual.

Su intervención señala situaciones que merecen especial atención: **hipertensión arterial resistente, diabetes**

tipo 2, obesidad y enfermedad cardiovascular establecida. Su presencia invita a explorar el sueño y los síntomas asociados; por sí sola no confirma apnea. También recuerda que en mujeres y personas mayores la presentación puede ser menos característica.

Ginel organiza la sospecha alrededor de tres pistas: ronquido frecuente, pausas respiratorias observadas y somnolencia diurna excesiva. A ellas añade despertares con sensación de ahogo, fatiga, cefalea matutina y dificultad para concentrarse. Preguntar por estas manifestaciones permite valorar su repercusión laboral, funcional y sobre la calidad de vida.

La visión del médico de familia

Leovigildo Ginel Mendoza conecta la sospecha de apnea con la consulta cotidiana. Su intervención recorre la evaluación inicial, las medidas generales y el seguimiento de la adherencia, los síntomas residuales y las enfermedades asociadas.



Una hipertensión difícil de controlar lleva al estudio del sueño

Un hombre de 60 años llega a Neumología derivado desde Nefrología por una hipertensión que no se controla adecuadamente pese al tratamiento con tres fármacos. Al preguntar por el sueño aparecen otros datos: ronquido habitual, pausas respiratorias observadas por la familia y somnolencia durante el día.

Es el primer caso del debate docente sobre trastornos de la ventilación y apnea obstructiva del sueño de Educamed, presentado por las doctoras **Marina Alcaraz Barcelona y Marta Garrido Sólvez**, del Servicio de Neumología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. El paciente tiene obesidad y antecedentes de cardiopatía isquémica. El motivo de derivación permite investigar un problema respiratorio nocturno que también merece atención.

La escena resume una oportunidad de la consulta: **preguntar por el sueño puede añadir información relevante a la valoración de una enfermedad crónica**. El diagnóstico exige un estudio específico, pero la sospecha comienza al relacionar síntomas y antecedentes.

Preguntar por la noche y por sus consecuencias durante el día

En la apnea obstructiva del sueño, la vía aérea superior se estrecha o se cierra repetidamente mientras la persona duerme. Estos episodios pueden provocar descensos de oxígeno y microdespertares que fragmentan el descanso. El ronquido es una pista, aunque por sí solo no confirma la enfermedad.

La historia clínica que propone Ginel se acompaña de una exploración que incluye **índice de masa corporal, perímetro cervical y evaluación básica de la vía aérea superior**. Su revisión incorpora también el alcohol, los sedantes y los antecedentes familiares. Conviene distinguir el cansancio de la propensión involuntaria a quedarse dormido.

La obesidad y las alteraciones de la vía aérea superior forman parte de la evaluación. Sin embargo, la sospecha no debe limitarse al perfil de varón con obesidad: la ponencia recuerda que otros rasgos anatómicos pueden contribuir a la obstrucción. La información de quien comparte el descanso puede ayudar a describir lo que el paciente no percibe.

Qué ocurre al dormir

Explorar ronquido, pausas respiratorias observadas, despertares con ahogo y descanso poco reparador.

Cómo afecta al día

Preguntar por somnolencia, concentración y episodios de adormecimiento al conducir o trabajar.

Qué contexto acompaña

Revisar peso, vía aérea, medicación y comorbilidades, incluida la hipertensión de difícil control.

Epworth y STOP-Bang en la evaluación inicial de Atención Primaria

Ginel incorpora ambos cuestionarios a la valoración inicial y subraya que **no sustituyen las pruebas diagnósticas**. Su utilidad consiste en ordenar la información y apoyar la decisión de continuar el estudio.

Epworth y STOP-Bang responden a preguntas diferentes. **Epworth explora la somnolencia subjetiva** en situaciones cotidianas; **STOP-Bang estima el riesgo de apnea obstructiva** a partir de síntomas y características clínicas. Ninguno mide directamente los eventos respiratorios durante el sueño.

Una puntuación baja de somnolencia no basta para descartar apnea cuando la historia clínica mantiene la sospecha. La [guía diagnóstica de la American Academy of Sleep Medicine](https://aasm.org/resources/clinicalguidelines/diagnostic-testing-osa.pdf) establece que los cuestionarios no deben utilizarse como sustitutos de la polisomnografía o de un estudio domiciliario adecuado.

La derivación gana utilidad cuando describe los síntomas, su impacto, las comorbilidades y los riesgos asociados. Un episodio de adormecimiento al volante requiere abordar la seguridad de forma inmediata, además de tramitar el estudio: debe indicarse evitar conducir mientras exista somnolencia que comprometa la conducción.



La visión de Neumología

Marina Alcaraz Barcelona explica los mecanismos de la apnea, la elección de las pruebas del sueño y las opciones de tratamiento. Su ponencia aporta el razonamiento especializado que permite interpretar la sospecha clínica y orientar las decisiones posteriores.

La evaluación especializada da continuidad a la sospecha

La ponencia de Alcaraz desarrolla la información que aporta cada estudio y sus limitaciones. Este punto enlaza con la evaluación inicial de Ginel: la sospecha recogida en la consulta debe orientar la elección de la prueba.

La **polisomnografía** registra variables respiratorias y neurofisiológicas que permiten relacionar los eventos con el sueño. La **poligrafía respiratoria** recoge un conjunto más reducido de señales y puede realizarse en el domicilio, lo que facilita el estudio de pacientes seleccionados.

La [AASM] (https://aasm.org/resources/clinicalguidelines/diagnostic-testing-osa.pdf) contempla el estudio domiciliario en adultos sin complicaciones relevantes y con sospecha de apnea moderada o grave. Recomienda polisomnografía cuando concurren, entre otras circunstancias, enfermedad cardiorrespiratoria significativa, sospecha de hipoventilación, determinadas enfermedades neuromusculares o insomnio grave.

Una prueba domiciliaria negativa, no concluyente o técnicamente insuficiente no cierra la evaluación: la guía recomienda completar el diagnóstico mediante polisomnografía. La elección del estudio debe integrarse en el circuito asistencial y en una evaluación clínica completa.

En el primer caso del debate, la poligrafía registra un índice de apneas-hipopneas de 15 eventos por hora. El dato se interpreta junto con la somnolencia, la hipertensión y los antecedentes cardiovasculares. La enseñanza es valorar al paciente además de la cifra: el número de eventos no describe por sí solo toda la repercusión de la enfermedad.

La CPAP requiere objetivos y seguimiento

El caso continúa con el inicio de presión positiva continua en la vía aérea, o CPAP, y una mejoría posterior de las cifras de presión arterial. Se trata de la evolución del paciente presentado; no permite anticipar una respuesta idéntica en otros pacientes.

La CPAP mantiene abierta la vía aérea durante el sueño y puede mejorar la somnolencia y la calidad de vida, además de contribuir al control tensional. La decisión terapéutica considera síntomas, gravedad, comorbilidades y preferencias, según el [documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño] (https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017). El abordaje incluye también el peso, los hábitos de sueño y, cuando corresponde, otras alternativas terapéuticas.

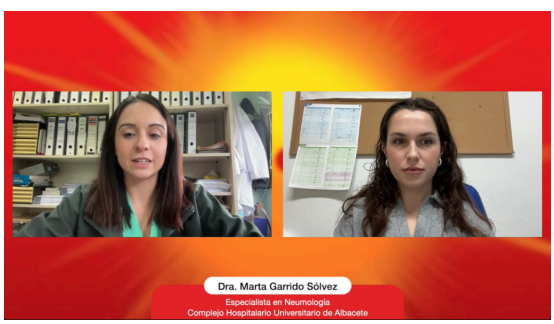
Los beneficios cardiovasculares exigen precisión. Un [metaanálisis de tres ensayos publicado en JAMA en 2023] (https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2810031), con 4.186 participantes con enfermedad cardiovascular establecida, no encontró reducción global de nuevos eventos cardiovasculares o cerebrovasculares en el análisis por asignación al tratamiento. El análisis según adherencia sí encontró una asociación favorable con el uso de CPAP al menos cuatro horas diarias. Estos resultados no justifican prometer una reducción universal de infartos, ictus o mortalidad.

Comprobar cómo se utiliza

Preguntar por las horas de uso y las dificultades con la mascarilla, las fugas o la sequedad permite detectar barreras concretas. Los registros del equipo ayudan a valorar la adherencia y la eficacia, dentro del seguimiento coordinado con la unidad responsable.

Comprobar cómo se encuentra

Revisar la somnolencia, el descanso y la actividad cotidiana permite valorar la respuesta clínica. Si persisten síntomas, conviene reconsiderar su causa y el tratamiento. El control del peso y de las comorbilidades continúa formando parte de la atención habitual.



Cuando la obesidad se acompaña de hipoventilación

El segundo caso del debate introduce una situación distinta: un hombre de 51 años con obesidad importante ingresa por gripe A e insuficiencia respiratoria. Tras mejorar la infección, sigue presentando una concentración elevada de dióxido de carbono en sangre arterial. El estudio del sueño identifica también apnea obstructiva.

La hipercapnia persiste en una revisión posterior pese a la buena tolerancia a la CPAP. El equipo cambia a ventilación no invasiva binivel y describe una mejoría gasométrica y clínica. **Tolerar el dispositivo no garantiza que esté resuelto todo el problema respiratorio**.

El síndrome de hipoventilación-obesidad combina obesidad, trastornos respiratorios del sueño e hipercapnia diurna, tras excluir otras causas. La [guía de la American Thoracic Society](https://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/sleep-matters/2019-09-02.php) distingue al paciente ambulatorio estable del hospitalizado por insuficiencia respiratoria. En el primero, si coexiste apnea obstructiva grave, contempla CPAP como primera opción. Para pacientes hospitalizados con insuficiencia respiratoria y sospecha del síndrome, propone ventilación no invasiva al alta hasta completar el estudio y el ajuste especializado.

Por ello, la secuencia del caso docente debe leerse como una experiencia clínica concreta. La elección del soporte respiratorio depende de la situación del paciente y de su respuesta; no constituye una pauta única trasladable a cualquier persona con obesidad y apnea.

Qué puede abordar el médico de familia desde la primera consulta

La sesión de Ginel dedica un apartado específico a las medidas generales: abordar el exceso de peso, fomentar la actividad física, cuidar los hábitos de sueño y evitar el alcohol. La medicación sedante requiere revisión clínica; cualquier modificación debe individualizarse. También incluye atender los problemas nasales que dificultan el descanso o la tolerancia al tratamiento.

El consejo postural puede ser útil cuando los eventos predominan en decúbito supino. Su papel depende de las características de la apnea y no sustituye el tratamiento indicado. Estas medidas permiten comenzar a trabajar con el paciente mientras se organiza el estudio y mantener objetivos compartidos después del diagnóstico.

Ginel repasa además los dispositivos de avance mandibular, que requieren adaptación y seguimiento odontológico, y otras alternativas para pacientes seleccionados. Conocer estas opciones ayuda a explorar dificultades y preferencias cuando la CPAP no se tolera, coordinando la reevaluación con el equipo responsable.

Adherencia al tratamiento

Ginel propone revisar de forma regular el uso de CPAP o dispositivos orales y detectar dificultades que favorezcan el abandono.

Síntomas residuales

Comprobar si persiste la somnolencia o aparecen nuevas molestias permite valorar la respuesta y la necesidad de reevaluación.

Comorbilidades

El seguimiento de la apnea se integra con el control del peso y la atención a la hipertensión, la diabetes y otras enfermedades asociadas.

El valor de conectar ambas miradas

Las dos perspectivas vuelven a encontrarse en el seguimiento. La evaluación especializada orienta el tratamiento y su ajuste; la continuidad en Atención Primaria ayuda a reconocer cómo se incorpora ese tratamiento a la vida del paciente. En la sesión de Ginel, la sospecha inicial y la derivación se prolongan en tres tareas explícitas: comprobar la adherencia, detectar síntomas residuales y manejar las comorbilidades. Los datos de uso de los equipos pueden ayudar, pero deben relacionarse con lo que el paciente cuenta y con su evolución.

En la práctica, esto implica preguntar si utiliza el tratamiento, cuánto tiempo consigue mantenerlo y qué dificultades encuentra. Si continúa somnoliento o ha dejado de usar el dispositivo, la consulta permite identificar el problema y coordinar una revisión. La continuidad facilita que una dificultad de adaptación no termine convertida en abandono silencioso.

Los dos casos muestran decisiones diferentes dentro de un mismo recorrido. En uno, investigar el sueño amplía la evaluación de una hipertensión difícil de controlar. En el otro, revisar la evolución permite reconocer que el soporte inicial no resuelve la hipoventilación. La aportación de Ginel permite trasladar esas enseñanzas al seguimiento cotidiano. **Comprender el razonamiento especializado y conectarlo con la consulta de Atención Primaria** es el hilo que une ambos contenidos formativos.

Fuentes y materiales de referencia

- **Leovigildo Ginel Mendoza.** «Apnea del sueño. La visión del médico de Atención Primaria». Presentación y transcripción facilitadas para este reportaje. Su intervención desarrolla sospecha clínica, evaluación inicial, medidas generales y seguimiento. [Perfil profesional en SEMERGEN](https://historico.semergen.es/2023/residentesytutores/?idC=azVNiFTZhH4Q-

0KLaokHJ6inzQqH9WwOwx6qCtBKuRI&seccion=informacion&subSeccion=detallePonente).

- **Marina Alcaraz Barcelona y Marta Garrido Sólvez.** Ponencia de Marina Alcaraz sobre trastornos de la ventilación y apnea del sueño y debate de ambas especialistas, con sus presentaciones y transcripciones. Los dos casos descritos proceden del debate. [Información del curso Trastornos de la ventilación y apnea del sueño de Educa-med](https://educa-med.online/cursos-de-actualizacion-en-formacion-medica-continuada/area-tematica-enfermedades-del-aparato-respiratorio/enfermedades-respiratorias-parte-6/).
- **Kapur VK y colaboradores.** Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea. AASM, 2017. [Guía completa](https://aasm.org/resources/clinicalguidelines/diagnostic-testing-osa.pdf).
- **Mediano O y colaboradores.** Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. Archivos de Bronconeumología, 2022. [Artículo] (https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.017).
- **Sánchez-de-la-Torre M y colaboradores.** Adherence to CPAP Treatment and the Risk of Recurrent Cardiovascular Events: A Meta-Analysis. JAMA, 2023. [Artículo] (https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2810031).
- **American Thoracic Society.** Guía sobre evaluación y manejo del síndrome de hipoventilación-obesidad, 2019. [Resumen oficial y acceso a la guía] (https://www.thoracic.org/members/assemblies/assemblies/srn/sleep-matters/2019-09-02.php).

Actualización clínica

Amplía esta doble perspectiva con los contenidos sobre apnea del sueño: la visión especializada y su abordaje desde Atención Primaria. Explora el área de cursos de Enfermedades Respiratorias del Aula SEMERGEN–FIDYS.

Explorar los cursos de Respiratorio



DEL HARRISON A LA CONSULTA: SIETE CURSOS ACREDITADOS PARA ACTUALIZAR TU PRÁCTICA EN NEUROLOGÍA



El área de Trastornos Neurológicos del Aula SEMERGEN–FIDYS reúne siete cursos online con acreditación CFC concedida. Basados en Harrison, conectan diagnóstico, tratamiento y seguimiento mediante perspectivas de especialistas y médicos de familia. Un itinerario para profundizar por temas y explorar colaboraciones que faciliten el acceso de profesionales a la formación.

Conocer el itinerario completo de Neurología

La práctica cotidiana nos hace volver una y otra vez sobre determinados problemas. Otros conocimientos quedan más lejos: patologías menos frecuentes en nuestra consulta, cuestiones que hace tiempo que no revisamos o avances que necesitan una explicación ordenada para incorporarse al razonamiento clínico.

Actualizarse también significa recuperar esa mirada amplia. Relacionar síntomas, revisar alternativas y comprender por qué una decisión resulta adecuada para un paciente concreto.

"Refrescar conocimientos sobre el diagnóstico de patologías neurológicas. Desde la preparación del MIR no repasaba las patologías neurológicas que no fueran las más habituales en consulta"

El **área de Trastornos Neurológicos del Aula SEMERGEN–FIDYS** ofrece un recorrido de siete cursos para trabajar desde las bases del diagnóstico hasta el abordaje de enfermedades vasculares, epilepsia, esclerosis múltiple, cefaleas, demencias, patología neuromuscular y trastornos psiquiátricos.

El itinerario se completa con un curso que revisa estos problemas desde la perspectiva del médico de Atención Primaria. **Los siete cursos cuentan con acreditación CFC concedida**, con una duración y un número de créditos específicos para cada programa.

Una base de referencia y profesionales que la acercan a la práctica

Los contenidos se basan en *Harrison. Principios de Medicina Interna* y se apoyan en **AccessMedicina**, la biblioteca clínica digital de McGraw Hill.

La propuesta combina conocimiento estructurado, explicaciones de los docentes y análisis de casos. El profesional puede consultar un curso concreto o conocer el área completa, según el alcance de la actualización que busca.

Siete cursos, distintas puertas de entrada

1. Diagnóstico de las enfermedades neurológicas

Dra. Ana Contreras Chicote • Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Acreditado con 1,8 créditos CFC • 13,19 horas.

Antes de interpretar una prueba es necesario orientar la pregunta clínica. Este curso aborda la evaluación neurológica y el papel de las herramientas diagnósticas, con

contenidos sobre **historia clínica, exploración, neuroimagen y biopatología**.

Es una puerta de entrada para revisar cómo se construye el razonamiento desde los síntomas y los hallazgos hasta la orientación diagnóstica.



Consultar el curso de diagnóstico neurológico

2. Enfermedades vasculares, epilepsia y esclerosis múltiple

Dr. Antonio Sánchez Soblechero • Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Acreditado con 2,9 créditos CFC • 24,8 horas.

El curso reúne problemas de alto impacto asistencial: **ictus y hemorragia, epilepsia y esclerosis múltiple**.

Su interés reside en profundizar en el reconocimiento, diagnóstico y abordaje de procesos que exigen relacionar la presentación clínica con decisiones de actuación, tratamiento y seguimiento.



Consultar el curso de enfermedad vascular, epilepsia y esclerosis múltiple

3. Cefaleas primarias y migraña

Dr. Jaime Rodríguez Vico • Neurología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Acreditado con 1,4 créditos CFC • 11,7 horas.

Diferenciar tipos de cefalea y comprender las opciones de tratamiento requiere combinar clasificación, diagnóstico y valoración individual.

El programa aborda **migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos**, diagnóstico diferencial, pruebas complementarias y tratamiento agudo y preventivo, junto con nuevas opciones terapéuticas y casos clínicos.



Consultar el curso de cefaleas y migraña

4. Patología del movimiento, enfermedades neurodegenerativas y demencias

Dr. Jaime Herreros Rodríguez • Neurología, Hospital Universitario Infanta Leonor.

Acreditado con 2,0 créditos CFC • 15,6 horas.

Movimiento, cognición y conducta confluyen en un curso que permite revisar distintos procesos neurodegenerativos.

El programa incluye **enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson y otros trastornos del movimiento**. Incorpora diagnóstico, manejo y aplicación mediante casos clínicos.



Consultar el curso de neurodegeneración y demencias

5. Patología neuromuscular y esclerosis lateral amiotrófica

Dra. Anca Loredana Alungulese • Neurología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Acreditado con 2,2 créditos CFC • 18,6 horas.

La debilidad muscular plantea un diagnóstico diferencial que exige localizar el origen de la alteración.

Este curso se centra en **evaluación de la debilidad, enfermedad neuromuscular y ELA**, con una perspectiva que relaciona nervio, unión neuromuscular, músculo y motoneurona.



Consultar el curso de patología neuromuscular y ELA

6. Enfermedades psiquiátricas y adicciones

Dr. Javier Conejo Galindo • Psiquiatría, director médico de Alcalamente.

Acreditado con 2,3 créditos CFC • 17,6 horas.

La evaluación del paciente puede requerir integrar manifestaciones neurológicas, salud mental y consumo de sustancias.

El curso incorpora **trastornos psiquiátricos y adicciones**, ampliando el itinerario hacia una valoración clínica integral y la relación entre distintas dimensiones del cuadro.



Consultar el curso de enfermedades psiquiátricas y adicciones

7. Trastornos neurológicos: la visión del médico de Atención Primaria

Dra. Inés Rivera y Dr. José Manuel Calleja • Medicina Familiar y Comunitaria.

Acreditado con 5,9 créditos CFC • 62,28 horas.

Este curso aporta una perspectiva transversal sobre **valoración inicial, signos de alarma, manejo, seguimiento y derivación**.

Su programa recorre cefaleas y migraña, epilepsia, enfermedad cerebrovascular, demencias, Parkinson, esclerosis múltiple y patología neuromuscular, entre otros contenidos.

También aborda anamnesis, exploración neurológica, uso de pruebas complementarias, errores frecuentes y comunicación con pacientes y familias. Permite situar la profundización por patologías dentro de las decisiones habituales del primer nivel asistencial.



Consultar el curso de Neurología para Atención Primaria

Un problema clínico, dos perspectivas que se complementan

La conexión entre cursos permite abordar un mismo problema desde necesidades diferentes.

En cefalea, la perspectiva de Atención Primaria trabaja reconocimiento, valoración inicial, señales de alarma y decisión de estudio o derivación. El curso especializado profundiza en clasificación, diagnóstico diferencial y tratamiento.

En deterioro cognitivo, el recorrido puede comenzar por reconocer el cambio y orientar la evaluación, y continuar con la diferenciación entre formas de demencia y su abordaje.

El profesional puede elegir el punto de partida y ampliar después su aprendizaje. Esa relación entre visión transversal y profundización es uno de los elementos centrales del área.



Explorar los cursos del itinerario

Cómo se aprende y qué recursos acompañan la formación

La metodología combina **introducción y marco teórico con debate científico y casos clínicos**, además de un cuestionario de evaluación de conocimientos.

El formato es **100 % online**, compatible con la actividad profesional. El acceso temporal a AccessMedicina permite ampliar cuestiones mediante libros de referencia, materiales audiovisuales, casos y herramientas de consulta.

La información del programa describe un periodo de cuatro meses para consultar los contenidos y recursos asociados. Las condiciones concretas deben revisarse al seleccionar la modalidad de inscripción.

Los siete cursos cuentan con **acreditación CFC concedida**, con los créditos y la duración indicados en cada programa. El itinerario completo ofrece, además, la opción de reconocimiento de **2 créditos ECTS**, conforme a sus requisitos de realización y evaluación.

Los créditos CFC corresponden a cada actividad acreditada; los 2 ECTS se refieren al itinerario completo.

Lo que valoran quienes se forman

Entre las experiencias recibidas de participantes en los Cursos de Actualización basados en Harrison aparece una necesidad reconocible: recuperar conocimientos que hacía tiempo que no revisaban y ampliar la mirada más allá de las patologías más habituales.

Quienes otorgan la máxima valoración destacan esa oportunidad de repaso, la presentación y la comunicación de los contenidos. También señalan el interés de la formación para reforzar su capacidad de diagnóstico diferencial.

El análisis publicado por Pulso Médico sobre 1.982 encuestas de satisfacción aporta una perspectiva conjunta: 4,57 sobre 5 de valoración global y un 90,6 % de recomendación positiva.

Los datos y las experiencias pueden consultarse en «Nuestro modelo convence. Quienes se forman lo avalan».



Consultar el programa completo y las condiciones de inscripción

Una oportunidad para apoyar el acceso a la formación

Las compañías farmacéuticas y otras entidades del ámbito sanitario pueden explorar fórmulas de colaboración para **facilitar la participación de profesionales en esta formación**, con el alcance y las condiciones que se acuerden con el Aula.

El itinerario permite plantear apoyos vinculados a cursos concretos o al área completa, según las necesidades formativas. La propuesta reúne una base científica de referencia, participación de especialistas y médicos de familia, formación online y acreditación CFC concedida para cada curso.

Para las entidades colaboradoras, ofrece la posibilidad de apoyar un programa estructurado y definir indicadores de participación y valoración. La selección de contenidos, la docencia y la evaluación mantienen la **dirección e independencia científica de SEMERGEN–FIDYS**.

Explorar una colaboración formativa

Elige por dónde empezar

Puede ser una cuestión que aparece con frecuencia en consulta o un tema que hace tiempo que quieres revisar. Una necesidad concreta de diagnóstico o el propósito de recorrer el área con mayor amplitud.

Los siete cursos ofrecen distintas puertas de entrada. Consultar sus programas permite identificar cuál responde mejor a ese momento profesional y cómo continuar después.

Volver sobre el conocimiento con una pregunta clínica es una forma de darle un nuevo recorrido.

Actualización en Neurología

Descubre los siete cursos con acreditación CFC, conoce a sus docentes y elige el recorrido que mejor responda a tus necesidades de actualización.

Conocer el área de Neurología

TU EXPERIENCIA PUEDE ABRIR UNA NUEVA BIBLIOTECA CLÍNICA: COLABORA CON EL AULA SEMERGEN–FIDYS



Una necesidad detectada en consulta, un caso que merece compartirse o una entidad dispuesta a impulsar formación pueden ser el comienzo de una colaboración. El Aula SEMERGEN–FIDYS invita a profesionales, instituciones y compañías del ámbito sanitario a desarrollar contenidos y nuevas bibliotecas clínicas, con continuidad e independencia científica.

Quiero plantear una colaboración

Hay preguntas de la consulta que merecen una explicación compartida. Experiencias profesionales que pueden ayudar a otros a razonar una decisión. Áreas clínicas en las que hace falta ordenar el conocimiento y acercarlo a la realidad asistencial.

El Aula de Actualización Clínica SEMERGEN–FIDYS ofrece un espacio para convertir esas aportaciones en recursos formativos que puedan consultarse, compartirse y seguir creciendo.

La invitación está abierta a médicos de familia, especialistas, otros profesionales sanitarios, grupos, instituciones académicas, centros asistenciales y compañías interesadas en apoyar la actualización clínica de Atención Primaria.

El punto de partida puede ser una idea concreta: una patología que necesita más atención, una dificultad de seguimiento, un caso que plantea decisiones relevantes o una propuesta de formación. A partir de ahí, puede valorarse el formato y el alcance que mejor respondan a esa necesidad.

Una estructura en la que tu aportación tiene un lugar

El Aula es una iniciativa conjunta de SEMERGEN y la Fundación FIDYS. Sus Bibliotecas Clínicas de Atención Primaria organizan recursos por áreas y problemas de salud, conectando distintos niveles de aprendizaje.

Ya existen bibliotecas con sesiones clínicas, cursos y materiales de consulta. Migraña y demencia permiten conocer cómo una misma enfermedad puede abordarse desde una sesión compartida entre profesionales, una formación especializada o un recurso práctico.

Los cursos de actualización toman como referencia *Harrison. Principios de Medicina Interna* y se apoyan en AccessMedicina. Sobre esa base, el modelo permite incorporar progresivamente nuevos contenidos.

Para quien colabora, esto ofrece un contexto reconocible: **su aportación puede integrarse en una biblioteca temática, relacionarse con otros recursos y mantener un recorrido después del estreno**.

Conocer las bibliotecas clínicas

Profesionales: convertir experiencia en aprendizaje compartido

Un médico de familia conoce las preguntas que se repiten, las dificultades del seguimiento y las circunstancias que condicionan una decisión. Un especialista puede aportar profundidad sobre una enfermedad y sus alternativas de abordaje. Enfermería y otros profesionales añad-

en perspectivas sobre cuidados, educación, adherencia y continuidad asistencial.

Poner en relación esas experiencias permite construir contenidos conectados con el trabajo cotidiano.

La colaboración puede comenzar por **proponer un tema, presentar un caso, participar como docente o experto, o identificar una necesidad formativa**. También puede surgir de un grupo profesional o de un centro que quiera compartir una experiencia de interés.

La propuesta se valora para definir su encaje científico y editorial. No es necesario partir de un programa completo: una pregunta bien formulada puede ser el comienzo.



Compartir una idea o experiencia

Instituciones y grupos: desarrollar una línea de trabajo

Para instituciones académicas, centros asistenciales y organizaciones profesionales, las bibliotecas ofrecen un marco donde plantear recorridos alrededor de una necesidad compartida.

Una propuesta puede concentrarse en detección temprana, diagnóstico diferencial, comunicación con pacientes, coordinación entre niveles o seguimiento de una enfermedad crónica. También puede reunir distintas disciplinas alrededor de un problema asistencial.

La colaboración puede plantearse para una actividad concreta o para una secuencia de contenidos. Su alcance se define según los objetivos, la participación profesional y las posibilidades de desarrollo.

Compañías del ámbito sanitario: apoyar conocimiento con continuidad

Las compañías farmacéuticas y otras entidades del sector pueden contribuir al desarrollo de contenidos, programas por patologías o nuevas líneas clínicas.

El Aula permite plantear colaboraciones de distinta dimensión: **apoyar una actividad, varios recursos relacionados, un programa por área o un acuerdo de mayor continuidad**.

La oportunidad reside en contribuir a una propuesta formativa organizada: contenidos con un objetivo definido, dirigidos a necesidades de Atención Primaria e integrados en un espacio al que el profesional puede regresar.

La programación propuesta para 2027 incluye, entre otras líneas, demencia, migraña, esclerosis múltiple, diabetes tipo 2, obesidad, EPOC y continuo cardiorrenal. Sus temas abarcan desde la sospecha inicial y la personalización del tratamiento hasta el apoyo al cuidador y la coordinación asistencial.

Estas líneas son un punto de partida. Si el área de interés de una entidad todavía no está incluida, puede proponerse su desarrollo.

Elegir el formato que necesita cada pregunta

El formato se decide a partir del objetivo clínico y del tipo de participación que se busca.

Una sesión puede reunir a un especialista y un médico de familia para revisar un problema. Un caso permite detenerse en decisiones y explicar sus fundamentos. Una conversación en vídeo y audio facilita explorar dudas y barreras. La microformación concentra una cuestión concreta en una pieza breve.

Los cursos aportan profundidad y estructura; las charlas permiten abordar un objetivo específico. Los encuentros de debate, como los Retos FIDYS, amplían la conversación hacia propuestas y conclusiones compartidas.

Esta variedad permite que profesionales y entidades encuentren una forma de participación adecuada a su aportación.



Proponer un contenido o programa

Retos FIDYS: reunir perspectivas para construir propuestas

La colaboración también puede tomar la forma de un encuentro de debate. Los **Retos FIDYS**, dentro de Sanidad en clave de futuro, ofrecen una vía para reunir referentes sanitarios alrededor de un problema y trabajar propuestas concretas.

En el desarrollo previsto de las bibliotecas para 2027 se plantean encuentros sobre migraña, demencia, esclerosis múltiple, diabetes tipo 2, obesidad, EPOC y continuo cardiorrenal. Cada propuesta organiza la conversación en torno a cuestiones clínicas, necesidades de los pacientes y dificultades de coordinación o seguimiento.

En demencia, por ejemplo, el debate previsto conecta detección temprana, decisiones con el paciente y su familia, dependencia y coordinación sociosanitaria. En migraña, aborda diagnóstico tardío, impacto personal y laboral, prevención y continuidad asistencial.

Para profesionales e instituciones, estos encuentros permiten aportar experiencia y contrastar perspectivas. Para las entidades colaboradoras, abren la posibilidad de apoyar un espacio de intercambio con objetivos definidos, bajo la dirección e independencia científica de SEMERGEN–FIDYS.

Los programas propuestos contemplan **grabación, acceso posterior a demanda y un documento de conclusiones y recomendaciones**. Así, el trabajo del encuentro puede seguir consultándose y aportar nuevas preguntas al desarrollo de la biblioteca.

También pueden plantearse otros Retos a partir de necesidades identificadas. Una propuesta de colaboración puede comenzar por reunir a las personas adecuadas alrededor de una pregunta que merece una respuesta compartida.

Conocer los Retos FIDYS

Proponer un Reto o apoyar su desarrollo

Producción, difusión y seguimiento del proyecto

Convertir una propuesta en un recurso útil exige trabajo científico, docente, editorial y técnico.

El modelo del Aula contempla dirección científica, participación profesional, producción y publicación de contenidos, difusión específica y seguimiento de resultados. El alcance de cada colaboración se concreta al definir el proyecto.

Los programas propuestos para 2027 incluyen acceso posterior a demanda durante doce meses para los nuevos contenidos e informe de resultados.

Esta continuidad permite planificar incorporaciones y mantener relacionados los recursos. La difusión puede apoyarse en los canales pertinentes del ecosistema FIDYS, Educa-med y Pulso Médico, según el plan acordado.

Medir la participación y utilización ayuda a valorar el recorrido de una actividad y orientar su evolución. Los objetivos y los indicadores deben definirse de acuerdo con cada proyecto; el alcance de una publicación o el número de accesos no equivalen por sí solos a una mejora asistencial.



Plantear un proyecto con el Aula

Colaboración con independencia científica

La confianza es parte del valor del Aula. Su desarrollo mantiene la **dirección y la independencia científica de**

SEMERGEN–FIDYS, también cuando existe apoyo de entidades colaboradoras.

Las propuestas de temas y participación profesional están sujetas a valoración científica. En las modalidades que contemplan exclusividad, esta se circunscribe al contenido acordado y no se extiende al conjunto de la biblioteca.

Este marco permite colaborar con objetivos claros, preservando el criterio que orienta la selección y presentación de los contenidos.



Consultar las posibilidades de colaboración

La próxima biblioteca puede comenzar con tu propuesta

Neurología, cardiovascular, respiratorio, endocrinología y nefrología forman parte de la estructura inicial del Aula. Su desarrollo está abierto a nuevas patologías, preguntas y perspectivas.

Puede tratarse de ampliar una biblioteca existente, introducir un contenido transversal o plantear un espacio temático nuevo. El criterio de partida es la necesidad que se quiere atender y su relevancia para Atención Primaria.

Un profesional puede identificar esa necesidad. Un grupo puede aportar experiencia. Una institución puede reunir conocimiento. Una compañía puede ayudar a hacer viable su desarrollo.

La colaboración comienza al poner estas capacidades en relación.



Proponer una nueva biblioteca

Cómo dar el primer paso

El formulario de colaboración del Aula permite indicar el perfil profesional, la entidad o centro, el área de interés, el tipo de colaboración y una descripción de la propuesta.

Para facilitar su valoración, conviene explicar **qué necesidad se ha identificado, a quién se dirige y qué se desea aportar o apoyar**. Si ya existe una idea de formato o de alcance, puede incorporarse.

No hace falta tener todas las respuestas para iniciar la conversación. Sí una necesidad, una experiencia o una voluntad de contribuir.

Si tienes conocimiento que compartir, una línea clínica que impulsar o una propuesta que todavía busca su forma, el Aula SEMERGEN–FIDYS quiere conocerla.

Construyamos conocimiento

Cuéntanos qué necesidad quieres abordar y cómo te gustaría participar. Tu propuesta puede ser el comienzo de un nuevo contenido, un programa o una biblioteca clínica.

Enviar una propuesta de colaboración

SEGURIDAD CLÍNICA 360°: DEL ERROR QUE SE COMUNICA A LA DECISIÓN QUE PROTEGE AL PACIENTE



Comunicar un error solo inicia el camino hacia una atención más segura. La jornada Seguridad Clínica 360°, organizada por Fundación FIDYS, reunió en Madrid a profesionales y gestores para debatir cómo convertir los incidentes en mejoras concretas, reforzar la confianza de los equipos y dar al paciente una participación real.

Cuando el riesgo se convierte en costumbre

«Si esto nos pasa todos los días». Raquel Barba recurrió a esta frase para describir una situación reconocible en las organizaciones sanitarias: un problema se repite, los profesionales aprenden a convivir con él y termina incorporándose a la rutina. Puede ser una alergia que no aparece donde debería, un medicamento difícil de localizar en el sistema o una información que se pierde entre unidades.

La pregunta que sigue resulta incómoda: si ocurre con frecuencia, ¿por qué nadie lo había comunicado? Su respuesta remite al miedo, la vergüenza, la normalización del riesgo y la confianza que los equipos depositan en su organización.

Ese recorrido entre **detectar un problema y conseguir que se corrija** atravesó la jornada Seguridad Clínica 360°, celebrada el 1 de octubre de 2026 en la sede de Fundación ONCE, en Madrid. Fundación FIDYS impulsó el encuentro con la colaboración del Círculo de la Sanidad, dentro de *Sanidad en clave de futuro*.

Bajo el lema «Repensando el error para transformar el sistema», las tres mesas conectaron la experiencia asistencial con la cultura de los equipos y las decisiones de gestión. El debate avanzó desde los fallos que aparecen en el trabajo cotidiano hasta la responsabilidad de quienes deben proporcionar recursos y comprobar que las mejoras se mantienen.

Una pregunta que implica a toda la organización

En la bienvenida, Carlos Domínguez, del área de Relaciones Institucionales de ILUNION, propuso ampliar la mirada ante un error: averiguar qué ha sucedido y qué puede cambiarse para evitar su repetición. Vinculó esa perspectiva con el aprendizaje del ámbito de la discapacidad, donde identificar las barreras del entorno permite actuar sobre ellas.

Juan Carlos Sánchez, CEO de Fundación FIDYS, presentó la iniciativa como un espacio para reunir experiencias y trasladar el conocimiento a la formación, los recursos y las decisiones sanitarias. Su intervención dejó una pregunta dirigida a todos los asistentes: «¿Qué podemos hacer desde nuestra responsabilidad para que la atención sea más segura?».

Mercedes Carrasco, asesora científica de FIDYS y conductora de la jornada, explicó la necesidad de conectar la práctica clínica, la organización del trabajo y la gestión. El aprendizaje, sostuvo, debe alcanzar los procedimientos y las condiciones en las que se presta la asistencia.

No puede haber una atención verdaderamente segura si no es también accesible.

Carlos Domínguez, Relaciones Institucionales de ILUNION.

Mesa 1. Del fallo al impacto: cómo convertir errores en conocimiento útil

Moderada por **José Joaquín Mira**, la primera mesa reunió a **Raquel Barba Martín**, **Mercedes Vinuesa Sebastián** y **Silvia Manrique Rodríguez**. Desde las perspectivas de medicina, calidad y farmacia, analizaron dónde se producen los fallos y cómo convertir su revisión en barreras de seguridad que alcancen a toda la organización.



Las transiciones: donde la información puede perderse

Silvia Manrique Rodríguez, del Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, situó uno de los puntos críticos en los ingresos, las altas y los traslados entre unidades.

En esos momentos cambian las responsabilidades y resulta especialmente importante disponer de información actualizada. Reconstruir qué medicamentos toma realmente una persona y adaptar el tratamiento a su situación durante el ingreso exige coordinar datos y decisiones de distintos profesionales.

Manrique explicó que las dificultades también aparecen en los cálculos de dosis y en el uso de los programas informáticos. La prescripción electrónica ayuda a resolver problemas, pero puede introducir otros, como seleccionar una presentación o una vía de administración equivocadas entre múltiples opciones.

Mercedes Vinuesa Sebastián, coordinadora de Calidad del Hospital Universitario de La Princesa, amplió el análisis al recorrido completo del paciente. Examinar únicamente la última actuación deja fuera las condiciones que hicieron posible el fallo. **La revisión debe seguir todo el proceso**, incluidas las transferencias de información y las comprobaciones entre servicios.

Su reflexión cuestionó la dependencia de soluciones individuales. Un profesional experimentado puede detectar un problema y resolverlo a tiempo, pero la organización necesita convertir ese conocimiento en procedimientos que protejan también al siguiente paciente.

Comunicar antes de que aparezca el daño

Raquel Barba Martín, responsable del Área Médica y de Seguridad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, destacó el avance que supone hablar de los errores sin sentirse señalado. La posibilidad de comunicar depende de que los profesionales perciban que hacerlo sirve para analizar y mejorar.

La mesa abordó también los incidentes interceptados antes de llegar al paciente. Que una persona o una comprobación detenga el error proporciona información valiosa sobre las barreras que funcionan y las vulnerabilidades que siguen presentes.

La ausencia de daño no elimina la oportunidad de aprender. Revisar estos episodios permite actuar antes de que una situación similar tenga consecuencias y extender a otros equipos aquello que ha funcionado.

Comprobaciones que tengan sentido en la práctica

Barba advirtió de la sobrecarga de formularios y comprobaciones cuyo propósito no siempre se comprende. Defendió herramientas sencillas y aplicables al trabajo cotid-

iano, frente al cumplimiento rutinario de tareas que los profesionales no relacionan con una mejora.

La fatiga de alertas ofreció otro ejemplo. Acumular avisos puede dificultar que se distinga el verdaderamente relevante. Su reflexión invitó a revisar qué alertas aportan valor y cómo ajustarlas al contexto del paciente.

La identificación también apareció como un ámbito en el que la confianza en una herramienta puede resultar insuficiente. Las intervenciones subrayaron la necesidad de realizar las comprobaciones previstas y explicar al paciente por qué se repiten, para que comprenda su función y participe en ellas.

> **Aprender sin esperar al daño**
>
> Los incidentes interceptados permiten conocer tanto las vulnerabilidades como las barreras que funcionan.
>
> **Facilitar la práctica segura**
>
> Los procedimientos y las alertas deben ser comprensibles, pertinentes y aplicables al trabajo cotidiano.

Mesa 2. Cultura de seguridad: del individuo a la inteligencia colectiva

La segunda mesa, moderada por **Jesús María Aranaz Andrés**, contó con **Carlos Zarco Alonso**, **Esther Rey Cuevas** y **Mercedes Ortiz Otero**. El debate examinó cómo construir equipos capaces de comunicar dificultades, compartir soluciones y mantener la confianza cuando se produce un error.



La confianza se decide en la respuesta al profesional

Carlos Zarco Alonso, director médico de HLA Hospital Universitario Moncloa, situó una parte decisiva de la cultura de seguridad en la respuesta de los responsables cuando alguien plantea un problema.

Recibirlo como una crítica personal puede cerrar futuras conversaciones. Reconocerlo como una oportunidad de mejora contribuye a que el equipo vuelva a comunicar lo que observa. La confianza se construye en esas respuestas concretas.

Zarco advirtió de que registrar incidentes no equivale a aprender. Una base de datos puede acumular información sin producir cambios. Para que la notificación tenga sentido, la organización debe analizarla y explicar qué decisiones ha tomado.

Si tienes una base de datos enorme, puede ser un cementerio de datos estupendo si nadie lo analiza.

Carlos Zarco Alonso, director médico de HLA Hospital Universitario Moncloa.

Liderar también significa estar en las unidades

Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz, trasladó la cultura de seguridad al trabajo de los mandos intermedios. Defendió su presencia en las unidades, las rondas de seguridad y el ejemplo cotidiano de quienes supervisan los cuidados.

Su intervención vinculó esa responsabilidad con la disponibilidad de recursos: los equipos necesitan dispositivos, materiales y una organización que les permita aplicar las prácticas previstas. También deben comprender cómo sus actuaciones influyen en los resultados.

Como experiencia, destacó la enfermera de hemovigilancia de La Paz, que acompaña a los profesionales en el proceso transfusional. Describió el esfuerzo de escuchar

las dificultades de las unidades, explicar los procedimientos y construir una relación en la que los equipos soliciten ayuda.

Compartir las soluciones para evitar que el error se repita

Mercedes Ortiz Otero, jefa del Área de Desarrollo, Calidad y Responsabilidad Social del Hospital Universitario de Fuenlabrada, insistió en **devolver a los profesionales el resultado del análisis**. Si una mejora queda limitada a quienes revisaron el incidente, otros compañeros pueden encontrarse de nuevo con el mismo problema.

También planteó compartir el aprendizaje entre organizaciones. Las barreras desarrolladas en un hospital pueden resultar útiles en otro. Para ello defendió un núcleo de información común que facilite intercambiar las características de los incidentes, sus factores contribuyentes y las soluciones adoptadas.

Como experiencia de su centro, destacó el trabajo multidisciplinar del comité de mortalidad y su contribución a identificar situaciones que requieren un análisis desde la gestión de riesgos.

El paciente ve el recorrido completo

La participación del paciente ocupó un lugar destacado en la conversación. Zarco cuestionó la distancia entre situarlo en el centro de las presentaciones y darle espacio en las decisiones de organización.

Su argumento partió de una diferencia de perspectiva: cada servicio conoce una parte de la asistencia, mientras el paciente experimenta el recorrido desde que entra hasta que sale. Esa visión permite reconocer problemas de coordinación que pueden pasar inadvertidos desde una unidad.

Ortiz propuso facilitar vías para que pacientes y familiares comuniquen situaciones que puedan afectar a su seguridad. Rey defendió explicarles los cuidados, invitarles a participar y favorecer que pregunten.

La accesibilidad dio a esta reflexión un sentido especialmente concreto. Una indicación que no se comprende, una llamada que no se percibe o una herramienta que no se puede utilizar pueden interferir en la atención. **Participar requiere disponer de condiciones para hacerlo.**

Responder con confianza

La reacción de los responsables influye en que los profesionales vuelvan a comunicar riesgos y dificultades.

Devolver el aprendizaje

Explicar qué se ha analizado y qué ha cambiado da sentido al esfuerzo de notificar.

Incorporar al paciente

Su experiencia aporta una visión del recorrido asistencial que complementa la de cada servicio.

Mesa 3. Seguridad del paciente: una prioridad que exige decisiones valientes

La tercera mesa, moderada por **Francisco José Ponce Lorenzo**, reunió a **Alberto Pardo Hernández**, **Mario García Gil** y **Andrés Navarro Ruiz**. Sus intervenciones trasladaron el debate a las prioridades de gestión, la asignación de recursos y la responsabilidad de conseguir que los planes se conviertan en cambios efectivos.



Decidir dónde actuar primero

Alberto Pardo Hernández, subdirector general de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid, señaló los riesgos relacionados con los medicamentos como un ámbito prioritario. Mario García Gil, gerente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, compartió ese foco.

Andrés Navarro Ruiz, gerente de la Agrupación Sanitaria Alicante-Sur, introdujo un matiz. Situó su preocupación principal en las transiciones y en los intervalos en los que la responsabilidad sobre una persona puede quedar poco clara.

Describió el riesgo de un paciente que ha dejado de depender de un equipo y todavía no ha sido asumido plenamente por el siguiente. Su intervención amplió el análisis a la continuidad de los cuidados, los horarios y la coordinación entre unidades y niveles asistenciales.

Las diferencias mostraron que priorizar exige examinar tanto los incidentes conocidos como los puntos del proceso que pueden quedar menos visibles.

La fatiga de detectar problemas que siguen sin resolverse

Pardo situó una dificultad relevante en la ejecución y el seguimiento de los planes. Defendió incorporar el conocimiento de los profesionales y facilitar las herramientas

necesarias para aplicar las mejoras. Quienes trabajan directamente con los pacientes, explicó, conocen los detalles del proceso sobre el que hay que intervenir.

García Gil describió su papel como gerente desde el acompañamiento a los equipos y la búsqueda de soluciones. Su reflexión puso nombre a un desgaste distinto del provocado por las alertas o los formularios: el de comunicar riesgos y comprobar que siguen pendientes.

Navarro aportó la perspectiva de quien pasa de dirigir un servicio de farmacia a asumir una responsabilidad más amplia. La gerencia obliga a atender riesgos de ámbitos diversos y a apoyarse en los profesionales que mejor los conocen.

En las tres intervenciones, el liderazgo quedó ligado a decisiones concretas: **escuchar, proporcionar recursos y sostener el seguimiento**.

> *Hay fatiga porque no implementamos soluciones.*
>
> Mario García Gil, gerente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Tecnología con información fiable y supervisión profesional

La digitalización y la inteligencia artificial aparecieron a lo largo de la jornada como herramientas con potencial para apoyar la asistencia y reducir tareas. También suscitaron preguntas sobre su uso, la calidad de los datos y el riesgo de confiar en exceso en sus resultados.

En la tercera mesa, García Gil cuestionó la práctica de copiar y pegar notas de evolución en la historia clínica cuando dificulta reconocer qué ha cambiado en el paciente. Relacionó esa preocupación con la necesidad de preservar la entrevista clínica y la exploración al incorporar nuevas herramientas.

Pardo subrayó las oportunidades de la transformación digital cuando se utiliza adecuadamente. La conversación retomó así una cuestión que Zarco había planteado en la mesa anterior: la necesidad de supervisión profesional frente a una confianza excesiva en la tecnología.

Introducir una herramienta exige revisar qué problema resuelve, cómo se integra en el trabajo y qué nuevas dificultades puede generar.

Comparar para mejorar exige datos comparables

El debate alcanzó también la interpretación de los indicadores. García Gil señaló que notificar más incidentes no convierte automáticamente a un hospital en mejor o peor: aporta información que debe utilizarse para actuar.

Pardo explicó que comparar resultados requiere sistemas de información sólidos, indicadores homogéneos y un número suficiente de observaciones. Sin esas condiciones, las diferencias entre centros pueden resultar difíciles de interpretar.

El número de notificaciones necesita contexto. Para valorar el aprendizaje de una organización también hay que examinar qué hace con la información y cómo comprueba las mejoras.

Al finalizar, las prioridades expresadas por los participantes concretaron sus distintas perspectivas: Pardo insistió en la cultura de seguridad; Navarro propuso llevar a los servicios la pregunta sobre qué riesgos puede afrontar el paciente ese día; y García Gil señaló la inversión tecnológica en la gestión integral del medicamento.

Acompañar la ejecución

Los planes necesitan recursos, responsables y seguimiento para incorporarse a la práctica asistencial.

Utilizar bien la tecnología

La calidad de la información y la supervisión profesional forman parte de su contribución a la seguridad.

Medir con contexto

Comparar resultados exige indicadores homogéneos y datos suficientes para interpretar las diferencias.

Una cultura que debe sostenerse más allá de la jornada

En la clausura, Manuel Castro, gerente del Círculo de la Sanidad, advirtió de la persistencia de departamentos estancos pese al avance de la colaboración. Reclamó mejorar la comunicación y preguntó si las organizaciones dan al paciente una voz efectiva para ayudar a analizar y resolver los problemas.

Juan Carlos Sánchez retomó la necesidad de trasladar la innovación a la práctica y cuestionó la acumulación de proyectos piloto que no dan paso a cambios consolidados. Vinculó el encuentro con el propósito de FIDYS de convertir los retos sanitarios en conocimiento útil.

Pardo cerró la jornada con una defensa de la continuidad. Cambiar la cultura de una organización requiere tiempo, objetivos y líneas de trabajo sostenidas. Reconoció los avances y señaló la participación de los pacientes como un ámbito en el que queda recorrido.

Seguridad Clínica 360° dejó una pregunta concreta para las organizaciones: **qué cambia después de que alguien comunica un riesgo**. La respuesta se encuentra en la escucha, en las decisiones que siguen al análisis y en la capacidad de comprobar que el siguiente paciente recibe una atención más segura.

Fuentes y documentación

Reportaje elaborado a partir de la transcripción completa de la jornada Seguridad Clínica 360°, celebrada el 1 de octubre de 2026, y del documento de diapositivas facilitado por la organización para contrastar los nombres, cargos y el orden de las intervenciones.

La información institucional y la composición de las mesas pueden consultarse en el [programa oficial de Fundación FIDYS](https://fundacionfidys.org/sanidad-en-clave-de-futuro/jornadas-institucionales/seguridad-clinica-360/). Las declaraciones y experiencias recogidas proceden de las intervenciones de los participantes durante el encuentro. Las cuatro imágenes son materiales oficiales facilitados por la organización.

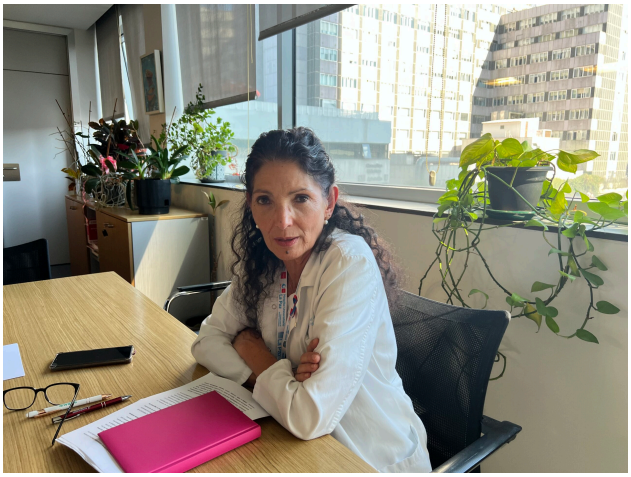
Seguridad compartida

Aprender de los incidentes requiere conectar la experiencia de pacientes, profesionales y gestores. Conoce el programa y los participantes de Seguridad Clínica 360°, una jornada de Sanidad en clave de futuro.

Consultar el programa y Acceder la Grabación de la Jornada → [Seguridad Clínica 360°](



ESTHER REY: «SI HA CAMBIADO EL PACIENTE, ¿POR QUÉ NOS ORGANIZAMOS COMO HACE 40 AÑOS?»



Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz, plantea revisar cómo se organizan los cuidados ante pacientes con necesidades más complejas. En esta entrevista aborda el desarrollo profesional, la coordinación de los equipos y la seguridad, y defiende una participación del paciente que tenga reflejo en la atención cotidiana.

El cuidado que no siempre se ve

Durante Seguridad Clínica 360°, Esther Rey describió la higiene de manos con una frase que condensaba una dificultad cotidiana: «Tan sencillo y tan difícil». En esta conversación con Pulso Médico, amplía aquella reflexión hacia la organización del trabajo enfermero.

Habla de procedimientos, formación y recursos, pero también de interrupciones, hábitos aprendidos y familias que necesitan apoyo. Su planteamiento parte de una pregunta: cómo adaptar la atención a pacientes con mayor complejidad sin perder de vista a los profesionales que los cuidan.

Si pudiera mostrar a la sociedad una parte del trabajo enfermero que habitualmente pasa inadvertida, ¿cuál elegiría?

Creo que pasa inadvertido el propio cuidado, porque es algo que todos hacemos desde que nacemos. Pero no es lo mismo el cuidado que realizamos para vivir que el cuidado terapéutico, el que se necesita para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La higiene, la alimentación o la movilidad son actividades aprendidas en nuestro entorno. Las hacemos todos los días y no siempre reparamos en su importancia. Cuando dejamos de poder cuidarnos, alguien tiene que hacerlo por nosotros. Pero nuestra función va más allá de sustituir esas actividades: se trata de proporcionar un cuidado terapéutico que cubra las necesidades de salud de la persona.

¿Qué puede ofrecer una dirección de Enfermería para que quienes empiezan quieran quedarse y desarrollarse profesionalmente?

Les ofrecería posibilidades de desarrollo, formación e investigación. Que sepan que su aportación es importante. Quien acaba de salir del ámbito académico trae conocimientos y ganas de aprender que no deberían perderse a lo largo de su trayectoria.

También es importante reconocer a quienes les enseñan y les transmiten su experiencia. Hay que conjugar lo que aporta la persona que llega con lo que ya se hace en el hospital. Reconocer al mentor y, al mismo tiempo, valorar lo que puede aportar el nuevo profesional permite crear sinergias y dar más relevancia a lo que tenemos.

> ***El cuidado no es una tarea.***
> **Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz.**

Cuando el equipo dice «no llegamos»

Cuando un equipo le dice que no llega a todo, ¿cómo identifica qué necesita cambiar?

Se han incorporado nuevas actividades y nuevas formas de trabajo, pero no siempre nos hemos detenido a pensar qué sustituyen. También han cambiado los pacientes: ha aumentado la cronicidad, la fragilidad y la complejidad de los cuidados. Una persona puede ingresar para una intervención y tener, además, varias enfermedades que condicionan su atención.

Cuando me dicen que no llegan, creo que hay que sentarse con las personas y revisar todo lo que se hace. Nuestros cuidados abarcan las 24 horas y debemos ver cómo organizarlos de una manera ordenada.

También hay que pensar cómo participan los cuidadores. Eso no significa quitarme un cuidado para que lo haga la familia. Implicarla requiere explicar, acompañar y trabajar conjuntamente. Y debemos recordar que **los cuidadores también necesitan un respiro**. Hay que valorar tanto lo que necesita el paciente como lo que está viviendo su familia.

¿Qué carga quitaría para que las enfermeras pudieran dedicar más tiempo al cuidado?

Pregunto a los equipos qué creen que pueden dejar de hacer, qué no aporta valor al paciente y qué mejoraría si trabajáramos de otra manera.

Quitaría las faltas de coordinación. A veces una enfermera tarda mucho en localizar al médico que atiende al paciente. Si no hay comunicación, también se dificulta la organización del trabajo.

Mi responsabilidad es facilitar que las personas se coordinen, se sienten juntas, dibujen el proceso y vean qué pueden cambiar para favorecerse el trabajo unas a otras. Hablamos muchísimo de trabajo en equipo, pero en ocasiones seguimos trabajando de forma muy individual.

En la jornada habló de «crear estructura para que los demás puedan hacer». ¿Qué significa en la práctica?

Significa tener profesionales suficientes, con la formación necesaria, que conozcan el proceso y dispongan de los recursos materiales para realizar los cuidados. También definir con quién deben coordinarse y cómo hacerlo.

Si un paciente va de su unidad al quirófano, todos deben conocer qué les corresponde hacer: el celador, la enfermera de la unidad y el equipo que lo recibe. Tienen que comunicarse.

No es normal que para realizar una actividad haya que ir y volver continuamente, ni que una persona tenga que atender interrupciones innecesarias o buscar a quien sabe dónde está otra persona. El tiempo es oro. Al paciente esas dificultades pueden llegarle como retrasos o como informaciones incoherentes. **Crear estructura es facilitar que el proceso pueda llevarse a cabo.**

Saber hacerlo y conseguir hacerlo siempre

Definió la higiene de manos como algo «tan sencillo y tan difícil». ¿Qué hay detrás de esa distancia entre saber qué debemos hacer y hacerlo siempre?

Creo que tenemos mucho ruido psicológico y la atención muy dividida. La técnica es sencilla; la dificultad aparece cuando tenemos que realizarla y priorizamos otras cosas. Las observaciones de la práctica siguen mostrando incumplimientos.

También creo que necesitamos reaprender. Aprender algo nuevo puede ser más fácil que modificar algo que llevamos mucho tiempo haciendo. Reaprender exige revisar hábitos, detenerse y reflexionar sobre la propia práctica.

Todos utilizamos atajos cognitivos y automatizamos actividades. Cambiar eso requiere focalizar la atención y hacer un esfuerzo: desaprender y aprender.

> ***Reaprender significa quitarse hábitos aprendidos.***
>
> Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz.

Conseguir que los profesionales pidan ayuda

En la jornada destacó el trabajo de la enfermera de hemovigilancia. ¿Qué ha permitido que los profesionales recurran a ella para resolver dificultades?

Define muy bien el proceso, forma a los profesionales y está muy pendiente de cómo se aplica. Es una buena comunicadora, entra bien en los equipos y pregunta a quienes realizan el trabajo cómo puede ayudarles.

En el quirófano, por ejemplo, surgían dificultades para acceder a la pulsera de identificación de un paciente cubierto por los paños quirúrgicos. Se preguntó a los profesionales qué les facilitaría el trabajo y cómo podía organizarse el proceso manteniendo la identificación.

Hacerles partícipes es fundamental. Cuando son conscientes de la importancia de lo que hacen y participan en la solución, son ellos quienes piden ayuda y preguntan qué sistemas pueden facilitarles el trabajo.

¿Qué le gustaría que una enfermera de su equipo dijera sobre su forma de dirigir?

Me gustaría que dijera que tengo permanentemente en mi pensamiento al paciente y a su familia, y también a los profesionales, para ayudarles a realizar su práctica lo mejor posible.

Incorporar al paciente y cambiar la organización

¿Qué le gustaría poner en valor sobre la participación del paciente y la forma de organizar los cuidados?

Creo que hay que incorporar más al paciente en todo lo que tiene que ver con su atención, sin que lo sienta como una carga. Un paciente puede sentirse inseguro por un retraso, porque nos haya pedido algo y, entre tantas cosas, se nos haya olvidado atenderlo. También por una descoordinación entre nosotros, porque uno le diga una cosa y otro le diga otra.

Yo daría el relevo a pie de cama del paciente. Creo que debería ver la importancia que tiene su cuidado para su recuperación. Eso pondría más en valor los cuidados y supondría un cambio cultural enorme.

Deberíamos presentarnos como equipo y decirle: estamos aquí para atenderle, nos formamos para ello y puede confiar en nosotros. Y después demostrarlo con acciones, porque las palabras se las lleva el viento. Tiene que ver que existe coordinación, que hablamos en el mismo sentido, porque merece que su atención esté coordinada.

El cuidado no es una tarea. Lo dividimos por turnos porque no podemos estar 24 horas seguidas, pero el cuidado del paciente no es nuestro. Durante el tiempo que estamos con él, le ofrecemos el cuidado que necesita, lo planificamos con él y procuramos que sepa qué atención va a recibir y que vamos a estar ahí para proporcionársela de forma segura.

Creo que se trata de trabajar con un criterio más uniforme, con el que todos podamos sentirnos más reconfortados. Habrá enfermeras que digan: «No llegamos a todo lo que nos pides». Lo que planteo es que intentemos trabajar de otra manera, al menos que lo intentemos.

Nos cuesta reaprender, tanto lo que hacemos como la forma en que nos organizamos. **Si ha cambiado el paciente, ¿por qué nos organizamos como hace 40 años?** Tenemos que ver cómo responder a una persona que está más informada, que es más demandante y que tiene mayor comorbilidad y fragilidad. Cuando sale de su entorno para ingresar, debemos intentar que no vuelva a él mucho más dependiente. A veces, en el hospital, le hacemos más dependiente.

Por eso tenemos que pensar nuestra forma de trabajar de otra manera. Y para mí es muy difícil hacer llegar esa idea a todo el mundo. Creo que estoy aquí para ayudar a verlo de otra manera. Estoy dispuesta a sentarme con los equipos para revisar cómo lo hacemos, cómo nos organizamos y qué podemos cambiar.

Tenemos que preguntarnos entre todos cómo responder a esta situación: falta de profesionales y profesionales cada vez más desmotivados porque no cumplimos sus expectativas. En un hospital hay que trabajar a turnos y la conciliación genera dificultades. Hay más permisos, y eso es positivo, pero después tenemos que organizar los cuidados y garantizar la cobertura.

Los profesionales se enfadan cuando les llamo para trabajar un día que tienen libre, pero tengo que cubrir la asistencia. Mantener ese equilibrio es difícil. Creo que se trata de hablar con ellos y buscar juntos la mejor manera. Cuando hay malestar porque no hemos podido cubrir alguna necesidad, nos sentamos y buscamos una solución.

No todo se puede solucionar con que venga más gente. No siempre viene más gente. Por eso tenemos que sentarnos y ver cómo podemos hacerlo.

Si ha cambiado el paciente, ¿por qué nos organizamos como hace 40 años?

Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz.

Dar visibilidad a las buenas prácticas

Desde Fundación FIDYS hemos empezado a impulsar encuentros como Seguridad Clínica 360° para abordar los grandes retos sanitarios y difundir el conocimiento que surge de ellos. ¿Cómo valora estas iniciativas y qué cree que podemos aportar?

Creo que todo lo que sea dar visibilidad y poner en valor estas cuestiones puede ayudar. Pero me preocupa que las personas se habitúen a escuchar un mensaje. Puede que en la higiene de manos haya ocurrido algo de eso: lejos de conseguir que se convierta en hábito, nos hemos acostumbrado al mensaje. «Otra vez, otra vez…».

Sucede también con las campañas sobre accidentes de tráfico. Algo que al principio nos impacta mucho, cuando lo vemos repetidamente, puede terminar pareciéndonos normal.

La higiene de manos es una de las acciones más sencillas y tiene mucho que ver con la prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria. En nuestras manos llevamos y traemos microorganismos, y no siempre somos conscientes de la importancia que eso tiene.

Por eso creo que hay que dar visibilidad, pero poniendo en valor **las conductas bien hechas y su parte positiva**: mostrar cómo hacer bien las cosas puede ayudar a evitar que ocurra algo malo. Eso es lo que creo que hay que destacar.

Sobre esta entrevista

Entrevista realizada por Juan Carlos Sánchez, CEO de Fundación FIDYS, a Esther Rey Cuevas, directora de Enfermería del Hospital Universitario La Paz. Las preguntas y respuestas se han editado por claridad y extensión y se han ordenado por temas, manteniendo el sentido de sus declaraciones.

La conversación da continuidad a cuestiones planteadas en la jornada Seguridad Clínica 360°, organizada por Fundación FIDYS en colaboración con Círculo de la Sanidad.

Del debate a la mejora de los cuidados

Las reflexiones de Esther Rey sobre coordinación, participación del paciente y organización de los cuidados dan continuidad al debate de Seguridad Clínica 360°: repensando el error para transformar el sistema. Una jornada organizada por la Fundación FIDYS en colaboración con el Círculo de la Sanidad para compartir conocimiento, aprender de los errores e impulsar una cultura de seguridad compartida.

Accede a la grabación y descubre las aportaciones de los profesionales que participaron en el encuentro.

CUANDO LA ATENCIÓN NO ES ACCESIBLE, TAMPOCO ES SEGURA



Una llamada que el paciente no percibe, una explicación que no comprende o una herramienta que no puede utilizar pueden interrumpir la atención. Seguridad Clínica 360° abrió una conversación sobre las barreras que todavía excluyen a determinadas personas y sobre cómo integrar la accesibilidad en el diseño de una asistencia más segura.

Una barrera que puede interrumpir la atención

Una persona espera su turno en una sala de consultas. El sistema muestra su número en una pantalla, pero no emite ninguna señal sonora. Otra escucha cómo llaman a los pacientes, aunque no puede saber cuándo aparece su nombre en el panel. Alguien recibe por escrito las indicaciones para preparar una prueba, pero el documento no resulta comprensible. Otro paciente abandona el hospital sin haber podido confirmar qué medicamentos debe continuar, cuáles han cambiado y a quién debe consultar si aparece un problema.

El procedimiento puede haberse desarrollado conforme a lo previsto y, sin embargo, la información no ha llegado a la persona que debía recibirla.

En ese momento, **la barrera de accesibilidad se convierte en un riesgo asistencial**.

Esta perspectiva abrió una línea de reflexión durante la jornada institucional Seguridad Clínica 360°, celebrada el 1 de octubre de 2026 en la sede de Fundación ONCE, en Madrid. La Fundación FIDYS impulsó el encuentro con la colaboración de Círculo de la Sanidad, dentro del ciclo «Sanidad en clave de futuro».

Carlos Domínguez, del área de Relaciones Institucionales de ILUNION, propuso ampliar la forma de analizar los errores. La experiencia acumulada en el ámbito de la discapacidad muestra que muchas dificultades no proceden únicamente de las características de una persona. También aparecen cuando el entorno, la información o los procedimientos se han diseñado sin tener en cuenta la diversidad de quienes deberán utilizarlos.

Este enfoque desplaza una parte de la pregunta. En lugar de limitarse a averiguar por qué un paciente no pudo seguir el proceso, obliga a examinar **qué característica del proceso impidió su participación**.

> ***No puede haber una atención verdaderamente segura si no es también accesible.***
> Carlos Domínguez, Relaciones Institucionales de ILUNION

La seguridad empieza antes de la decisión clínica

La seguridad del paciente suele relacionarse con la identificación correcta, la prevención de infecciones, el uso adecuado de los medicamentos o la detección de incidentes. Todas estas actuaciones dependen de una condición previa: que la persona pueda acceder a la información, comprenderla y participar.

Una advertencia sobre un medicamento pierde capacidad protectora cuando el paciente no puede entenderla. Una llamada para realizar una prueba deja de cumplir su función si utiliza un único canal que excluye a parte de

sus destinatarios. Una explicación clínica puede ser correcta y, aun así, resultar insuficiente si no se adapta a la forma de comunicación que necesita la persona.

La accesibilidad atraviesa todo el recorrido asistencial: pedir una cita, encontrar la consulta, saber cuándo ha llegado el turno, explicar los síntomas, comprender las alternativas, prestar consentimiento, utilizar la medicación, reconocer señales de alarma y seguir las indicaciones después del alta.

Cuando uno de estos pasos no puede realizarse en condiciones de comprensión, autonomía y seguridad, aumenta la posibilidad de que se pierda información relevante, se retrase la atención o se aplique incorrectamente una indicación.

El Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad, publicado por la Organización Mundial de la Salud, estima que 1.300 millones de personas, aproximadamente el 16 % de la población mundial, viven con una discapacidad significativa. El documento señala que parte de las desigualdades que experimentan procede de condiciones evitables, incluidas las barreras presentes en los propios sistemas sanitarios.

La accesibilidad afecta, por tanto, a una parte muy amplia de la población. Sus beneficios tampoco se limitan a las personas con una discapacidad reconocida. Un aviso transmitido por diferentes canales, una explicación más clara o una aplicación más sencilla pueden ayudar también a personas mayores, pacientes con deterioro cognitivo, ciudadanos que no dominan el idioma o personas afectadas temporalmente por el dolor, la ansiedad o un tratamiento.

Cuando el aviso utiliza un único canal

Una llamada exclusivamente acústica puede no ser percibida por una persona con discapacidad auditiva. Un aviso presentado únicamente en una pantalla puede resultar inaccesible para quien no puede verlo.

Combinar señales visuales y sonoras permite que más personas reciban la misma información. También debe existir una alternativa cuando el sistema habitual no responda a las necesidades del paciente.

La eficacia no consiste en acumular avisos, sino en comprobar que la información llega, se reconoce y permite continuar la atención.



Diseñar para personas diferentes

Muchas barreras aparecen porque los procesos se construyen pensando en un usuario estándar que, en la práctica, no existe.

Se presupone que todas las personas pueden ver una pantalla, escuchar una llamada, leer un documento con letra pequeña, comprender la terminología sanitaria, desplazarse sin ayuda, utilizar un teléfono inteligente o completar un formulario digital.

Ese diseño puede excluir a personas con discapacidad visual, auditiva, física, intelectual o psicosocial. La dificultad puede aparecer también cuando una enfermedad o un tratamiento alteran temporalmente la visión, la audición, la movilidad, la concentración o la capacidad para comunicarse.

La legislación española define la **accesibilidad universal** como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad, comodidad y autonomía.

El Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad incluye expresamente la accesibilidad cognitiva y la vincula con la lectura fácil, los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación, los pictogramas y otros medios humanos y tecnológicos.

Aplicada a la sanidad, esta definición exige mirar más allá de las barreras arquitectónicas. Incluye la comunicación, la señalización, los documentos, la tecnología, los procedimientos y la organización de la asistencia.

Comprender también forma parte del tratamiento

La comunicación no se completa cuando el profesional ha proporcionado la información. Se completa cuando el paciente ha podido recibirla, comprenderla y utilizarla.

Una pauta terapéutica puede requerir lenguaje claro, letra legible, apoyos visuales, lectura fácil, subtítulos, interpretación en lengua de signos o un documento compatible con lectores de pantalla. Algunas personas utilizan sistemas aumentativos o alternativos de comunicación. Otras necesitan más tiempo o el apoyo de una persona elegida por ellas.

Estas adaptaciones no deben interpretarse como una reducción del contenido clínico. Su propósito es conseguir que la misma información resulte accesible y útil.

La técnica de confirmación conocida como *teach-back* propone pedir al paciente o a su familia que expliquen con sus propias palabras qué deben hacer. No busca examinar a la persona. Permite comprobar si la explicación ha sido suficientemente clara y corregir una interpretación equivocada antes de que produzca consecuencias.

La Agency for Healthcare Research and Quality incluye este método entre sus herramientas para mejorar la participación y la seguridad. Su aplicación puede resultar especialmente útil al explicar la medicación, preparar una prueba, organizar los cuidados domiciliarios o indicar qué síntomas requieren una nueva consulta.



Revisar el recorrido completo

La primera mesa abordó cómo los problemas pueden aparecer en distintos puntos del recorrido asistencial y cómo la información puede perderse entre profesionales, servicios y sistemas.

Las dificultades de comunicación, las llamadas que no alcanzan a todos los pacientes y las necesidades que no se anticipan muestran que la seguridad depende también del diseño del proceso.

La barrera puede pasar inadvertida para una unidad y hacerse visible cuando se observa la experiencia completa de la persona.

Anticipar las necesidades

La accesibilidad pierde eficacia cuando depende de que el paciente tenga que explicar lo mismo en cada contacto con el sistema.

Una organización puede anticiparse si permite indicar las necesidades de comunicación y apoyo al solicitar una cita y si transmite esa información a los equipos que intervendrán en la atención.

El objetivo no es reducir a una persona a una etiqueta. Se trata de preparar las condiciones necesarias para que pueda participar, respetando su autonomía, sus preferencias y su privacidad.

Antes de una consulta, una prueba o un ingreso pueden comprobarse cuestiones como el canal preferido para recibir avisos, la necesidad de interpretación, el formato de la documentación, las condiciones de movilidad dentro del centro o la participación de una persona de apoyo cuando el paciente así lo decida.

La anticipación permite organizar los recursos y evita que la solución dependa únicamente de la improvisación del profesional que atiende en ese momento.

La Guía de acción para la equidad sanitaria de las personas con discapacidad, publicada por la OMS en 2024, propone incorporar la discapacidad a la planificación, la gobernanza y la evaluación de los sistemas sanitarios. Entre sus líneas de actuación incluye desarrollar información accesible, ofrecer apoyos a la comunicación y contar con las organizaciones de personas con discapacidad para evaluar los servicios.

La experiencia del paciente descubre lo que cada unidad no ve

La segunda mesa de Seguridad Clínica 360° señaló que el paciente posee una perspectiva que ningún servicio tiene por separado: vive el recorrido completo.

Cada unidad conoce una parte de la atención. El paciente experimenta las esperas, las derivaciones, los cambios de profesional y los momentos en los que la información debe pasar de un equipo a otro.

Carlos Zarco Alonso cuestionó la distancia entre afirmar que el paciente ocupa el centro del sistema y darle participación en las decisiones organizativas. Mercedes Ortiz Otero planteó la necesidad de facilitar vías para que pacientes y familiares comuniquen situaciones que puedan afectar a su seguridad. Esther Rey Cuevas defendió explicar los cuidados e invitar a las personas a preguntar.

Esa participación requiere condiciones para ejercerla. No basta con ofrecer un formulario si algunas personas no pueden utilizarlo. Tampoco basta con convocar a los pacientes si la información previa, el espacio o la dinámica de participación no son accesibles.

La iniciativa Patients for Patient Safety de la OMS recuerda que los pacientes y sus familias son una fuente de información relevante sobre los fallos del sistema. Incorporar su experiencia permite identificar problemas de coordinación y continuidad que pueden no ser visibles desde un único servicio.

Las personas con discapacidad y sus organizaciones deben formar parte del diseño y la evaluación de los procesos. Su participación ayuda a detectar barreras antes de que provoquen una exclusión o un riesgo.

> ***El paciente es el único que conoce todo el proceso. Nosotros conocemos parcelas.***
>
> Carlos Zarco Alonso, director médico de HLA Hospital Universitario Moncloa

La transformación digital también debe ser accesible

Las aplicaciones sanitarias, los portales del paciente, la teleconsulta y los sistemas de mensajería amplían las posibilidades de acceso. También pueden crear nuevas barreras.

Una plataforma incompatible con un lector de pantalla, un vídeo sin subtítulos, un formulario que no puede completarse mediante teclado o una interfaz difícil de comprender pueden impedir que una persona gestione su atención.

La Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional de Telecomunicaciones publicaron en 2024 una guía para incorporar la accesibilidad a los servicios de telemedicina. El documento parte de una premisa práctica: la accesibilidad debe integrarse desde las primeras fases de planificación y no añadirse al final como una corrección.

El diseño debe contemplar diferentes capacidades, tecnologías de apoyo, dispositivos, niveles de alfabetización digital y condiciones de conectividad. La oferta digital tampoco elimina la necesidad de mantener canales alternativos para quienes no pueden utilizarla.

Antes de implantar una herramienta conviene comprobar qué problema pretende resolver, quién podría quedar excluido y cómo se evaluará su funcionamiento con personas reales.

Convertir el ajuste individual en aprendizaje

Cuando aparece una barrera, la organización debe resolver la necesidad inmediata. El aprendizaje comienza al preguntarse si el mismo problema puede afectar a otras personas.

Si un paciente no percibe una llamada, hay que facilitarle el acceso a la consulta. Después debe revisarse si el sistema debería combinar señales acústicas y visuales.

Si una persona no comprende un documento, necesita una explicación adecuada. La organización puede analizar después si ese material debe redactarse de forma más clara o disponer de formatos alternativos.

Este paso convierte una respuesta individual en una mejora del sistema. También evita que pacientes y profesionales tengan que resolver repetidamente dificultades que podrían haberse prevenido mediante el diseño.

Comunicar por diferentes canales

Combinar avisos visuales, acústicos y personales y mantener alternativas cuando el canal habitual no resulte accesible.

Anticipar los apoyos

Permitir que el paciente indique antes de la atención sus necesidades y preferencias de comunicación.

Comprobar la comprensión

Utilizar lenguaje claro y confirmar que las indicaciones sobre medicación, pruebas y seguimiento se han entendido.

Diseñar con los pacientes

Evaluar espacios, procedimientos y herramientas junto con personas con discapacidad y sus organizaciones.

Una responsabilidad de toda la organización

La adaptación de la comunicación durante una consulta requiere conocimientos y sensibilidad profesional. Sin embargo, la accesibilidad no puede depender exclusivamente de la iniciativa de quien atiende en ese momento.

Los responsables de los centros deben proporcionar recursos, definir procedimientos y comprobar sus resultados. Los equipos tecnológicos deben aplicar criterios de diseño universal. Las áreas de calidad y seguridad deben incorporar las barreras de accesibilidad a sus sistemas de análisis. Las administraciones deben establecer requisitos y facilitar su cumplimiento.

También es necesario formar a los profesionales. La accesibilidad debe integrarse en la preparación sobre seguridad del paciente, comunicación clínica y atención centrada en la persona.

El seguimiento permite saber si las medidas funcionan. Una organización puede registrar las barreras detectadas, analizar en qué puntos del recorrido aparecen y comprobar si las soluciones adoptadas mejoran la participación y la seguridad.

De esta manera, la dificultad deja de atribuirse únicamente a la persona que encuentra el obstáculo. La organización asume su responsabilidad sobre el entorno y los procesos que ha diseñado.

Una atención que no deje a nadie fuera

La seguridad clínica exige identificar riesgos antes de que produzcan daño. La accesibilidad responde a la misma lógica: anticipar qué puede impedir que una persona reciba información, se comunique, decida o continúe correctamente su atención.

Una llamada perdida, una explicación incomprensible o una herramienta inutilizable pueden parecer problemas menores cuando se observan de forma aislada. Dentro del recorrido asistencial pueden provocar demoras, pérdida de información, dificultades para seguir un tratamiento o exclusión de las decisiones.

Seguridad Clínica 360° incorporó esta perspectiva a una conversación sobre errores, cultura organizativa y gestión. La aportación de Carlos Domínguez recordó que diseñar para la diversidad es una cuestión de derechos y también una forma de proteger al paciente.

Cuando una organización identifica quién puede quedar fuera de cada proceso, dispone de información para construir una asistencia más comprensible, participativa y segura.

Fuentes consultadas

Este reportaje se ha elaborado a partir de la transcripción y los materiales oficiales de la jornada Seguridad Clínica 360°, celebrada el 1 de octubre de 2026.

La contextualización se apoya en el Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; la Guía de acción para la equidad sanitaria de las personas con discapacidad; las orientaciones de la OMS y la UIT sobre accesibilidad de los servicios de telemedicina; el programa Patients for Patient Safety; la guía de la Agency for Healthcare Research and Quality sobre confirmación de la comprensión, y el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Seguridad compartida

Consulta las intervenciones de Seguridad Clínica 360° y descubre cómo la práctica asistencial, la accesibilidad y las decisiones de gestión pueden contribuir a una atención más segura.

Acceder a la jornada

CUANDO TODO GENERA UNA ALERTA, ¿QUÉ AVISO CONSIGUE QUE NOS DETENGAMOS?



Las alertas clínicas se incorporan para evitar errores, pero su acumulación puede dificultar que se reconozca una advertencia importante. Una intervención de Raquel Barba en Seguridad Clínica 360° abre una pregunta incómoda: quién comprueba que cada aviso merece la atención que exige y quién decide cuándo debe cambiar.

El sistema avisa. ¿Quién revisa al sistema?

Una herramienta diseñada para evitar errores puede acabar dificultando que se reconozca el peligro. Esa es la paradoja de la fatiga de alertas: multiplicar las advertencias no garantiza que la importante reciba más atención.

Al profesional se le exige que lea, valore y responda. Pero hay una responsabilidad anterior que también merece examen: **quién decidió que ese mensaje debía aparecer y quién comprueba que sigue siendo útil.**

Raquel Barba Martín, responsable del Área Médica y de Seguridad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, planteó este problema durante Seguridad Clínica 360°. Describió una acumulación progresiva: se incorpora una variable, después otra y, finalmente, todos los pacientes pueden tener alguna alerta. Su reflexión invitaba a revisar una respuesta habitual ante el riesgo: seguir añadiendo avisos.

> ***A veces hay que hacer al revés, es qué quito.***
>
> **Raquel Barba Martín, responsable del Área Médica y de Seguridad del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.**

Cuando lo importante deja de distinguirse

Barba recordó que las advertencias adoptan formas distintas, desde una señal en un resultado analítico hasta una alarma sonora. Insistió en que deben tener la relev-

ancia suficiente para conseguir que el profesional reconozca aquello que necesita su atención.

La revisión de PSNet sobre fatiga de alertas, actualizada en 2024, describe cómo la exposición excesiva puede reducir la sensibilidad a los avisos. La presencia de mensajes con escasa relevancia clínica agrava el problema: también puede desatenderse una advertencia importante.

Una alarma de monitorización y una ventana de prescripción electrónica requieren respuestas diferentes. No cabe aplicarles automáticamente las mismas soluciones. En ambos casos, sin embargo, importa la relación entre el aviso, el contexto del paciente y la actuación que permite realizar.

En Atención Primaria, esa relación se juega en la pantalla de la consulta. **¿Qué información nueva aporta el mensaje? ¿Llega cuando todavía permite actuar?** Son preguntas sobre la calidad de la herramienta, además de sobre la atención de quien la utiliza.

Informar no siempre exige interrumpir

PSNet propone ajustar las alertas a las características del paciente, diferenciar su gravedad y reservar las interrupciones para las de mayor importancia. Un recordatorio puede ser útil sin necesitar una ventana que obligue a detener la tarea.

La decisión va más allá de mantener o eliminar. También puede consistir en precisar cuándo aparece un mensaje, quién lo recibe o dónde se presenta.

Un ejemplo documentado ayuda a entenderlo. En University of Utah Health se revisaron recordatorios de cribado de cáncer de mama, cáncer colorrectal y riesgo de caídas que duplicaban información disponible en otra sección de la historia clínica. Antes de retirarlos, se realizó una evaluación aleatorizada por centros: no se observaron diferencias clínicamente significativas en los indicadores preventivos estudiados.

Aquello respaldó la retirada de esos recordatorios concretos. **La información seguía disponible; lo que se evaluaba era la necesidad de repetirla mediante otra advertencia.** La experiencia se recoge en un estudio de caso publicado en 2018.

¿Quién decide qué se mantiene?

En esa organización estadounidense, un comité con participación clínica, de calidad y de sistemas de información revisaba tanto nuevas solicitudes como avisos existentes. Recogía la experiencia de los usuarios y analizaba la frecuencia de aparición y las respuestas. Farmacia participaba específicamente en la revisión de alertas de medicación.

Es una experiencia organizativa, no una descripción de cómo funcionan los centros españoles. Su interés reside en hacer visible un proceso: las advertencias se pueden evaluar y sus modificaciones tienen responsables.

La pregunta que deja para nuestros centros es directa: **si un profesional detecta un aviso repetitivo o poco útil, ¿existe un camino claro para revisarlo?**

El circuito dependerá de cada organización y del sistema utilizado. Pero debería permitir distinguir quién comunica el problema, quién valora su relevancia clínica, quién autoriza el cambio y quién comprueba sus consecuencias. La persona que recibe una alerta necesita conocer ese circuito para que su experiencia pueda contribuir a mejorarla.

Cerrar una ventana no explica lo sucedido

El número de avisos aceptados o descartados ofrece información sobre el uso del sistema, pero deja preguntas abiertas. ¿El profesional descartó el mensaje porque la situación ya estaba valorada? ¿Porque no se ajustaba al paciente? ¿O porque pasó inadvertido un riesgo?

Tampoco basta con contar menos interrupciones después de un cambio. Hace falta preguntarse qué ocurrió con la práctica que se pretendía proteger.

La intervención de Barba sitúa el debate en ese punto: revisar qué se añade y qué se conserva. No contiene una invitación a desactivar alarmas por iniciativa individual, sino una llamada a pensar en su pertinencia.

Cada alerta reclama una parte de la atención del profesional. Esa exigencia necesita una justificación y una revisión. La seguridad también depende de que, cuando aparezca una advertencia decisiva, el sistema haya ayudado a distinguirla.

Fuentes y documentación

- Seguridad Clínica 360°: página de la jornada. Intervención de Raquel Barba sobre fatiga de alertas, aproximadamente entre los minutos 53 y 55 de la transcripción facilitada.
- PSNet: Alert Fatigue. Revisión actualizada en 2024.
- Organización y evaluación del apoyo a la decisión clínica en University of Utah Health. Estudio de caso publicado en 2018.

¿Qué alerta revisarías en tu centro?

¿Hay algún aviso que se repita sin aportar información útil? ¿Sabes a quién proponer su revisión? Cuéntanos qué cambiarías y por qué, sin incluir datos que permitan identificar a pacientes.

Comparte tu experiencia con Pulso Médico

Del debate a una atención más segura

Las reflexiones sobre fatiga de alertas, utilidad de la tecnología y responsabilidad en las decisiones dan continuidad al debate de Seguridad Clínica 360º: repensando el error para transformar el sistema. Una jornada organizada por la Fundación FIDYS, en colaboración con el Círculo de la Sanidad, para compartir conocimiento, aprender de los errores e impulsar una cultura de seguridad compartida.

Accede a la grabación y descubre las aportaciones de los profesionales que participaron en el encuentro





Una colaboración formativa necesita resultados que permitan valorar su recorrido. Esta iniciativa de FIDYS reúne 175 inscritos en cuatro cursos y alcanza un 93,6 % de recomendación positiva. Compartimos cómo valoran los participantes la experiencia y qué destacan de su utilidad para la consulta.

Cuatro cursos, una experiencia formativa compartida

La formación médica continuada necesita contenidos relevantes, explicaciones claras y una conexión con el trabajo cotidiano en la consulta.

Esta iniciativa de Fundación FIDYS reúne **175 inscritos en un itinerario de cuatro cursos**, con un alcance de **700 plazas formativas**. Sus resultados permiten conocer cómo valoran los participantes la propuesta académica, la organización y los recursos que acompañan al aprendizaje.

175
Inscritos

4
Cursos del itinerario

700
Plazas formativas

Una formación que los participantes recomiendan

La iniciativa alcanza un **93,6 % de recomendación positiva**.

Los testimonios completan esa perspectiva con opiniones sobre lo que los participantes consideran más útil. En ellos, la valoración positiva de la formación alcanza el **93,3 %**.

93,6 %
Recomendación positiva

93,3 %
Valoración positiva
En los testimonios.

La calidad, evaluada por quienes participan

El **conocimiento de los ponentes** y los **medios técnicos** alcanzan un 98,7 % de valoración positiva. La organización y la plataforma obtienen un 97,4 %.

Los participantes también valoran los contenidos, el cumplimiento de sus expectativas, la duración y la claridad de las explicaciones.

97,4 %
Organización

97,4 %
Plataforma

94,9 %

Contenidos programados

91,0 %

Expectativas

94,9 %

Duración

93,6 %

Claridad de los ponentes

98,7 %

Conocimiento de los ponentes

98,7 %

Medios técnicos

La recomendación, curso a curso

Tres de los cuatro cursos alcanzan el 100 % de recomendación positiva. El otro registra un 84,4 %.

84,4 %

Curso 1

100 %

Curso 2

100 %

Curso 3

100 %

Curso 4



Una referencia para futuras colaboraciones

Este caso ofrece a las entidades interesadas en colaborar con FIDYS una referencia concreta sobre el alcance de una iniciativa formativa, la valoración de su calidad y la utilidad percibida por quienes participan.

Los resultados y las opiniones están reunidos en el caso de éxito completo de Fundación FIDYS.

Tu próximo proyecto formativo, con FIDYS

Hablemos de cómo desarrollar tu próxima acción de formación médica.

Explorar una colaboración →





FUNDACIÓN
FIDYS

Fundación Fidys es una entidad sin ánimo de lucro que promueve la formación, investigación y divulgación científica en el entorno médico, farmacéutico y sociosanitario