

EL CONSEJO DE GOBIERNO ESTABLECE UN PERIODO DE ADAPTACIÓN HASTA EL PRÓXIMO 16 DE ENERO

El catálogo gallego de fármacos entra en vigor hoy sin ceder a las presiones

→ La Xunta da el visto bueno al catálogo gallego de fármacos, que entra en vigor hoy a pesar de las críticas de farmacias, industria y distribución.

El Consejo de Gobierno ha dado luz verde en su última sesión del año al catálogo gallego de medicamentos, una medida con la que la Xunta pretende ahorrar 100 millones de euros al año.

El Ejecutivo que preside Alberto Núñez Feijóo no ha cedido ante las presiones de farmacéuticos, industria y distribución. El catálogo, que entra en vigor hoy, tendrá un periodo de adaptación hasta el día

16 para garantizar la distribución y la dispensación en las farmacias, según fuentes de la Consejería de Sanidad de Galicia.

Pese a las fuertes críticas de Farmaindustria, que advierten de que la medida "rompe la cohesión del sistema y convierte a los gallegos en ciudadanos de segunda", y de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, que manifiesta que "quiebra la



Alberto Núñez Feijóo.

cohesión del SNS y vulnera el principio de igualdad en el acceso a los medicamentos", la

La Xunta sostiene que "el catálogo asegura el mismo nivel de prestación que en el resto del SNS y garantiza la calidad, la seguridad y la eficiencia"

Xunta sostiene que "asegura el mismo nivel de prestación farmacéutica que existe en cualquier punto del SNS y que garantiza la cobertura según los principios de calidad y eficiencia".

PÁG. 4

Para que el sueño, la riqueza y la salud se disfruten de verdad es necesario interrumpirlos. JEAN PAUL RICHTER



Alfonso Martín Martínez, del Hospital Severo Ochoa.

La investigación se alía con la asistencia diaria en urgencias

La atención inmediata en los servicios de urgencias se beneficiará de las investigaciones propias y específicas que se lleven a cabo en estos servicios, que se traducirá en mayor calidad asistencial. Un ejemplo es el Severo Ochoa.

PÁG. 10

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 16]

Una UCI que sigue a los pacientes allí donde vayan

Los intensivistas del Hospital del Henares no han tomado las paredes de su servicio como algo intraspasable, sino que buscan que su actividad se extienda a todo el hospital para que el paciente grave esté controlado en todo momento.



Teresa Mozo y Cecilia Hermoso, dos de las profesionales del Servicio de Medicina Intensiva.

LA OMC URGE A LAS REGIONES A QUE APROVECHEN LA REFORMA PARA HOMOGENEIZAR CONDICIONES

Los tutores de residentes denuncian que las autonomías siguen sin desarrollar el decreto MIR tras 2 años de espera

La reforma del posgrado sigue estancada dos años después de la aprobación del Real Decreto 183/2008, más conocido como decreto MIR. Hasta el momento, sólo Castilla y León y La Rioja han aprobado sus

normas autonómicas y no hay visos de que otras comunidades las desarrollen a corto plazo. Según el presidente de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras, Fernando Pérez Iglesias, estos retrasos pueden

hacer que fracase la remodelación del sistema MIR. Su impresión es que la demora de las autonomías viene motivada, en parte, por la lentitud del Ministerio de Sanidad en aprobar el decreto de troncali-

dad. La Organización Médica Colegial ha urgido a las regiones a aprovechar la reforma para fijar unos criterios comunes en formación y tutorización para todos los residentes.

PÁG. 6



Nuria Novoa y Marcelo Jiménez.

El podómetro es clave para valorar la resección pulmonar

El Servicio de Cirugía Torácica del Complejo Asistencial de Salamanca ha comprobado que la distancia media diaria recorrida por el paciente tiene una alta correlación con el consumo máximo de oxígeno por minuto.

PÁG. 11



Luis Vila, del IIB de Barcelona.

A la caza de las bases genéticas del aneurisma aórtico abdominal

El aneurisma aórtico abdominal es una patología con un componente de heredabilidad muy elevado. Un equipo del IIB de Barcelona ha iniciado un proyecto para intentar localizar bases genéticas comunes del trastorno.

PÁG. 14

FLUIDASA®

TEOFARMA S.r.l.

"Financiado por la Seguridad Social"



Siempre se ha dicho que las leyes están para cumplirlas. Ayer, sin ir más lejos, entró en vigor la del tabaco, que impide fumar en lugares públicos cerrados y en las cercanías de hospitales y colegios, con lo que a los fumadores les quedará prácticamente su casa para poder disfrutar de un cigarrillo y dar rienda suelta a ese mal hábito. Parece, pues, que todos estamos concienciados y condenados, en algunos casos, a cumplir la norma aprobada. ¿Qué tiene de diferente esta ley respecto a otras que todo el mundo tiene claro que se cumplirá? ¿Cuántas normas

CRISTINA RUIZ REDACTORA JEFE

Cuando de cumplir una ley se trata

decreto formativo de los MIR que debían haber desarrollado las autonomías desde hace 21 meses, *idem de lienzo*, y de la norma sobre la troncalidad ni hablamos. Hay leyes, por tanto, que gozan de mejor suerte, quizás porque su cumplimiento y puesta en marcha no depende de la Administración sino de los ciudadanos.

SUMARIO
nº
4.249
AÑO XX
LUNES
3 ENERO

SANIDAD PÁG 4

Hoy entra en vigor el catálogo de medicamentos en Galicia • El *Modelo INE*, válido para favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario según los economistas

PROFESIÓN PÁG 6

Los tutores alertan del incumplimiento del decreto MIR y la OMC pide que se aproveche la reforma para homologar condiciones • Trabajo pide más médicos y participación en la gestión

NORMATIVA PÁG 8

La Audiencia Nacional desestima el recurso contra la transposición de la directiva de donación de células • En 'La Consulta' se aborda las normas de circulación de ambulancias

MEDICINA PÁG 10

El virus Epstein-Barr es un factor ambiental que se puede asociar con el desarrollo de esclerosis múltiple • Un extracto de la piel de granada protege de la artrosis

GESTIÓN PÁG 16

Reportaje: una UCI que sigue al paciente allá donde vaya • Empresas: cáncer, vacunas y biotecnología, alternativas para Reig Jofré • Usan cámaras 3D en cirugía endoscópica

ENTORNO PÁG 18

Las personas con síndrome de Down y sus familiares reclaman mayor esfuerzo para garantizar su calidad de vida • *The Lancet* compara los problemas de salud en 1911 y 2011

RECORTES PRENSA

PER ARDUA AD ASTRA (BLOG)

Curiosidades y consejos para resacas

Sensación de tremendo dolor de cabeza al levantarse, el estómago dando vueltas y mucha sed. Entre todos podríamos juntar más de una docena de remedios de la abuela, casi todos igual de inútiles. Se trata de un conjunto de síntomas que siguen a una ingesta más o menos generosa de etanol, una vez que sus efectos lúdico-festivos han desaparecido. A lo mencionado pueden añadirse bajadas de tensión, un leve temblor e incluso el *corazón posfiesta*, palpitaciones debidas a la toxicidad cardiaca del alcohol. Y aunque no nos demos cuenta, también hay que añadir una disminución de las habilidades motrices y de

la coordinación visuoespacial: mala idea conducir después de una borrachera.

¿A qué se debe la resaca? Siento defraudar, pero no se sabe con certeza. El profesor de Fisiología hablaba de deshidratación, y quizás tuviera algo de razón: el alcohol disminuye el efecto en el riñón de la hormona antidiurética (ADH), de modo que ésta deja de *guardar agua* y hace que orinemos más, provocando deshidratación. También se ha visto que hay una correlación entre la dureza de la resaca y la cantidad de ADH en sangre, pero correlación no implica consecuencia, así que no está claro si la deshidratación causa la resaca o si simplemente ocurren a la vez.

Por su parte, el de Farmacología mencionaba el acetaldehído, que es el primer producto del metabolismo del alcohol, y que puede causar taquicardia, sudores, náuseas y vómitos. No obstante, eso ocurriría con con-

centraciones mayores de las que tenemos en sangre tras haber bebido, excepto los orientales, porque a ellos les falla la enzima que lo elimina. De hecho, si alguna vez habéis salido de fiesta con un japonés, los pobres lo pasan muy mal: su organismo metaboliza muy rápidamente el etanol a acetaldehído pero luego les cuesta librarse de éste, acumulándose en sangre y provocándoles una especie de *efecto Antabus*; con unas pocas copas se les suben los colores y ya quieren volver a casa.

Y la experiencia nos ha enseñado que una borrachera de vodka asegura una mañana más tranquila que liar-se a *whiskazos*: la culpa es de los llamados *congéneres*, unos subproductos (como polifenoles, metanol o histamina) obtenidos en la producción de las bebidas alcohólicas, principalmente los licores oscuros (brandy, whisky, tequila...). Quizás por esto se asuma popular-

EL DATO

3.000.000

de fumadores intentarán dejarlo en los cuatro primeros meses del año

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria calcula que de los diez millones de españoles que fuman, uno de cada tres se planteará dejarlo en este año que acaba de comenzar. Entre los que lo intentan, un 25 por ciento sólo aguantan un día sin fumar; el 40 por ciento, entre dos y siete días, y sólo un 12 por ciento supera los tres meses de abstinencia tabáquica.

mente que las bebidas dulces causan un *pedo cabezón*: el problema no es el contenido de azúcar, sino esas otras moléculas que aparecen durante su producción. Una última hipótesis *bioquímica* habla de una desregulación de moléculas inflamatorias: el alcohol induciría un aumento de citocinas y tromboxano B₂, que causarían los síntomas.

Pero además de todo esto, la gravedad de la resaca también depende de si tienes un *pedo alegre* o *llorón*: parece ser que enfadarse o deprimirse durante la borrachera se asocia a una peor resaca, al igual que ciertos rasgos de personalidad o cómo hayas dormido esa noche. ¿Cómo tratarla? *Levántate y prepárate otro Jack Daniels con cocaola*, porque real-

mente no tiene una solución eficaz: algunos lo han intentado con el zumo de alcachofa o los higos chumbos, pero el caso es que ninguna de estas opciones ha mostrado servir para algo. Así que quizás deberíamos pensar en prevenirla. Para evitarla lo único eficaz es no beber. Claro que si yo escribo esto y alguien lo lee es porque no lo consideramos una opción. Entonces quizás puedas elegir qué beber: cerveza, vodka y ginebra causan menos resaca que el coñac, el vino tinto y el ron. Y ante la deshidratación, beber agua disminuye (pero no elimina) los síntomas. Con respecto a la vitamina B₆, hay un estudio con 17 individuos que concluye que es útil para prevenirla. Sin embargo, no sólo es un ensayo muy pequeño, sino que ni siquiera explica los posibles mecanismos. En fin, es lo que hay. Habrá que seguir aplicando el dicho de *Noches alegres, mañanas tristes*.

DM

DIARIO MEDICO

Dep legal:
M-17843-1992

Avenida de San Luis, 25.
28033 MADRID
Tfno. 91 443 64 70
Fax: 91 443 63 40
Paseo de Gracia, 11. Escalera A,
5ª planta. 08007 BARCELONA
Tfno. 93 496 24 00
Fax: 93 496 24 05

www.diariomedico.com



PRESIDENTA: Carmen Iglesias CONSEJERO DELEGADO: Antonio Fernández-Galiano DIRECTOR GENERAL EDITORIAL: Pedro J. Ramírez DIRECTOR EDITORIAL: Miguel Ángel Mellado
DIRECTOR GENERAL (PUBLICIDAD): Alejandro de Vicente DIRECTOR GERENTE: Iñigo Amoribieta DIRECTOR DE ARTE: Rodrigo Sánchez

DIRECTOR: Javier Olave Lusarreta

SUBDIRECTOR: José Ramón Zárate Covo

REDACTORA JEFE: Cristina Ruiz

REDACTORA JEFE EN CATALUÑA: Carmen Fernández Fernández

JEFE DE EDICIÓN: Esperanza Franco Fernández

COORDINADOR MÉDICO: Dr. Javier Cotelo Vila

REDACTORA JEFE DE DIARIOMEDICO.COM: Elena Escala

COORDINADOR DEL CONSEJO CIENTÍFICO: Dr. Manuel González Barón

Correo electrónico: dminternet@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 64 70

IMPRESIÓN

FABRIPRESS, S.A.
Tfno. 91 883 95 00
Fax: 91 883 95 10

DISTRIBUCIÓN Y SUSCRIPCIONES

902 99 82 11

suscripciones@unidadeditorial.es

SOCIEDAD EDITORA:

Unidad Editorial,
Revistas S.L.U.,
Madrid

DISTRIBUCIÓN CONTROLADA POR

IPD

S.V.P. número 92010 R, concedido por el Ministerio de Sanidad

DIRECTOR COMERCIAL: Jesús Zaballa

DIRECTORA DE PUBLICIDAD ÁREA SALUD: Mar de Vicente

DIRECTORA DE PUBLICIDAD: Belén Pérez

belen.perez@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 10

KEY ACCOUNT MANAGER: Daniel de Julián

danieldejulian@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 02

DEPARTAMENTO COMERCIAL MADRID

Eusebio Esman eusebio.esman@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 52

Maria Gallardo maria.gallardo@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 03

Fátima Zornoza fatima.zornoza@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 06

Maria José García mariaj.garcia@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 92

PUBLICIDAD

Alicia López alicia.lopez@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 01

Marta Arrovo Alegre marta.arrovo@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA

Tina Pamplona tina.pamplona@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 40

Rosal Górriz rosalgorriz@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 23

Susana Nocete susana.nocete@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 50

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO

Fernando Sarrion fesarrion@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 52 01 Fax: 91 443 59 74

COORDINACIÓN:

Nuria del Pozo nuria.pozo@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 52 63

DIRECTORA DE MARKETING

Rosario Serrano

marichalar@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 91

FORMACIÓN

Eva Allaya

eallaya@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 96

TRÁFICO INTERNET

trafico.salud@unidadeditorial.es



Manuel Cervera

Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana. Abiertamente ha reconocido que las arcas de la administración sanitaria que lidera no disponen de mucho presupuesto para premiar la productividad de los profesionales. Es cierto que son tiempos de crisis, pero afirmaciones como esta, que se suman a las de otros homólogos regionales, contribuyen a la desincentivación de los profesionales.

EL PULSÓMETRO

Diputado socialista por Zaragoza en el Congreso. El PSOE ha registrado una proposición no de ley en el Congreso de los Diputados por la que insta al Gobierno central a que adopte un plan de acción para reducir los trastornos musculoesqueléticos derivados del trabajo al considerarlo un "problema de gran magnitud" y que requiere un continuo estudio y análisis profundo.



Jesús Membrado

LA 2ª OPINIÓN. "Los médicos, pero sobre todo los que más futuro tienen (médicos jóvenes, residentes, estudiantes), temen por su futuro. Pero es que parece claro que ese futuro no va a ser, en nuestro entorno, mejor que nuestro pasado más reciente". [Miguel Ángel García, secretario de Estudios de CESH]

Las cosas se complican para las nuevas promociones de profesionales. Los recortes de hoy pueden ser restricciones para siempre. Cuando un experto en recursos humanos alerta de un panorama laboral tan incierto, es para empezar a temer que se pretende garantizar la sostenibilidad del SNS contando con otras condiciones de trabajo, siempre peores.

AGENDA

LUNES

3

ENERO

Exposición Ciencia y sugerencia. 16 imágenes científicas, obtenidas a través de microscopios electrónicos de barrido, seleccionadas de entre decenas de trabajos realizados por investigadores españoles. La muestra, que ya ha

pasado por varias ciudades de España y el extranjero, propone además una plataforma virtual para que artistas y poetas aporten su creación a imágenes previamente enviadas por científicos. Organizada por la Casa de la Ciencia de Sevilla

(CSIC), se puede ver en el Pabellón de Perú, de Sevilla, hasta el 15 de marzo.

Exposición 100 años luchando por un mundo sin lepra. La exposición viene acompañada de una serie de conferencias y

la proyección de diversas películas sobre la enfermedad y su realidad. Reúne, por primera vez, dos muestras sobre la historia de la Colonia-Sanatorio de Fontilles y la lucha contra la lepra. Ofrece la posibilidad de realizar visitas guiadas. De

lunes a viernes, de 9 a 20 horas, en el Palacio de Cerveró, en Valencia.

Exposición Biodiversidad 2010. Es una exposición constituida por 16 paneles que combinan texto e imágenes y recorre

el concepto de biodiversidad desde un punto de vista didáctico. Se puede ver en la Sala de Exposiciones Pablo Serrano (Bravo Murillo, 357), de Madrid, hasta el 21 de enero. De lunes a viernes de 9 a 14 horas y de 16 a 20 horas; sábados de 10 a 14.

RADIOGRAFÍA



EL BETIS VUELVE AL HOSPITAL POR NAVIDAD. Los niños ingresados en el Hospital Universitario de Valme han recibido una amplia representación del Real Betis Balompí en el marco de los actos navideños que este centro hospitalario tiene programados. La expedición bética ha estado encabezada por su presidente, Rafael Gordillo; el director deportivo, Vlada Stosic; representantes de las peñas BetisWeb y la Asociación Amigos del Centenario y la mascota de la entidad verdiblanca, Palmerín. La visita ha discurrido por las habitaciones de la planta de Pediatría y todos los niños han recibido regalos representativos del equipo sevillano.



ENCUENTRO
Joan X. Comella Carnicé, resolverá las dudas sobre investigación médica traslacional. El jueves 13 de enero a las 12:00 horas, Carnicé, catedrático de Biología Celular de la Universidad Autónoma de Barcelona, contestará las preguntas sobre investigación médica traslacional: de la cama del hospital al laboratorio y del laboratorio de nuevo a la cama del hospital. Envíe sus dudas desde *Opinión y Participación*.



NEWSLETTERS
Toda la actualidad de Tecnología. Reciba mensualmente en su e-mail y de forma gratuita las noticias tecnológicas sanitarias. Conozca los avances en diagnóstico por imagen e *in vitro*, robótica o las novedades en TICs. Suscríbese a éste y otros boletines desde la sección de *Newsletters*.



MONOGRÁFICO
'La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la Web 2.0'. Arranque el año aumentando su conocimiento sobre la web 2.0. Más de 14.000 lectores ya lo han hecho descargando gratis esta completa revisión científica sobre *e-Health* en PDF.



LAS DUDAS LABORALES MÁS FRECUENTES PARA EL MÉDICO
¡AHORA A SU ALCANCE!



JURIS CESH

DIARIO MEDICO

ENTRE EN www.conferenciasyformacion.com/formacion Y OBTENGA SU LIBRO. GASTOS DE ENVÍO 3.50 EUROS por unidad + IVA*

*Excepción Canarias, Ceuta y Melilla.

FARMACIA HABRÁ UN PERIODO DE ADAPTACIÓN HASTA EL DÍA 16

Hoy, en vigor el catálogo gallego de fármacos

→ El catálogo gallego priorizado de medicamentos entra en vigor a partir de hoy y habrá un periodo de adaptación hasta el próximo día 16 para facilitar la distribución y la dispensación en farmacias.

■ Loreto Marmol

Después de que el *Diario Oficial de Galicia* haya publicado la Ley de Racionalización del Gasto Farmacéutico, que incluye la creación del catálogo gallego de medicamentos, una medida con la que Galicia pretende ahorrar 100 millones de euros al año (ver DM del 29-XII-2010), el Consejo de Gobierno de la Xunta ha dado el visto bueno en su última sesión del año al trabajo realizado por la Comisión Autonómica Central de Farmacia y Terapéutica, que, según la norma, es el órgano competente para proponer el catálogo priorizado.

La medida, que entra en vigor hoy, tendrá un periodo de adaptación hasta el próximo día 16 para "facilitar la distribución y la dispensación en farmacias", según han declarado a DM fuentes cercanas a la Consejería de Sanidad de Galicia.

El Gobierno que preside Alberto Núñez Feijóo no ha cedido a las presiones que han venido realizando en los últimos días farmacéuticos, distribución e industria. Farmaindustria ha declarado que con esta medida Galicia "rompe la cohesión del sistema y convierte a los gallegos

La Xunta sostiene que el catálogo "asegura el mismo nivel de prestación que en el resto del SNS y garantiza la calidad y la eficiencia"

FEFE estudia acciones legales y afirma que "el Gobierno gallego quiebra la cohesión del SNS y vulnera el principio de igualdad en el acceso a fármacos"

en ciudadanos de segunda en materia de prestaciones farmacéuticas" (ver DM del 24-XII-2010), mientras que la Federación de Distribuidores Farmacéuticos ha criticado que la ley "no deja margen de maniobra a los almacenes para garantizar el suministro", y los colegios oficiales de farmacéuticos gallegos han elaborado un informe en el que se considera que "invade competencias exclusivas del Estado".

La Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) rechaza tajante

la medida: "El Gobierno gallego, con la aprobación del catálogo priorizado, cuyo último objetivo es la financiación selectiva dentro del nomenclátor oficial, quiebra la cohesión del SNS y vulnera el principio de igualdad en el acceso a los medicamentos".

Según la patronal farmacéutica, "las autonomías no tienen competencias para excluir de la prestación farmacéutica medicamentos financiados por el SNS", por lo que sus servicios jurídicos estudian el texto aprobado para determinar acciones legales.

FEFE advierte de que "se opondrá siempre a iniciativas aisladas de comunidades que no hayan sido aprobadas en el Consejo Interterritorial y que no respeten el marco legal y competencial".

Mientras, la Xunta sostiene que "el catálogo asegura el mismo nivel de prestación farmacéutica que existe en cualquier punto del SNS y que garantiza la cobertura de la prestación farmacéutica según los principios de calidad, seguridad, efectividad y eficiencia".

Por lo tanto, "la prestación farmacéutica en Galicia garantiza la financiación pú-



Leire Pajín y Alberto Núñez Feijóo.

blica de todos los principios activos incluidos en el nomenclátor oficial". La lista estará formada por los principios activos, con sus respectivas presentaciones que respondan a las de menor precio, garantizando siempre el mismo principio activo, la misma dosis y presentación e igual número de unidades por envase.

Al cierre de esta edición el ministerio seguía estudiando la posibilidad de recurrir la medida, pese a que en un principio dijo que esperaría a su publicación en el *Diario*

Oficial de Galicia y después al desarrollo de la ley. No obstante, fuentes cercanas al departamento hacían referencia a las últimas declaraciones realizadas por Alfonso Jiménez, director general de Farmacia: "El ministerio tiene que garantizar ante todo la equidad y la igualdad efectiva de todos los españoles en el acceso. Si confirmamos que la ley tiene problemas en cuanto a la equidad y a las propias competencias del Gobierno gallego, nos veremos obligados a recurrirla".

EPIDEMIOLOGÍA

Las canarias, a la cabeza en diabetes, obesidad y cáncer

■ Redacción

Las mujeres canarias lideran los índices nacionales de obesidad, diabetes, mortalidad por enfermedades cardiovasculares y fallecimientos por cáncer de mama, relacionados también con el mayor índice de sedentarismo. Estas patologías son las "grandes maldiciones" que afectan a la población femenina de las islas, han explicado Nicolás Díaz Chico, director del Instituto Canario de Investigación del Cáncer (ICI), Juan Ruiz Alzola, director de la Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información, y Rafael Zárate, director gerente de la Fundación ICI.

El archipiélago está a la cabeza en el SNS en cáncer de mama, enfermedad que afecta a una de cada 11 mujeres de las islas, una cifra por encima de la media nacional, que se sitúa en una de cada 12 y por debajo de la media del norte de Europa (una de cada 9).

Díaz Chico ha advertido de que "mientras el cáncer de mama y la mortalidad por esta enfermedad está decreciendo, la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer está aumentando y llegando a niveles del norte de Europa y Estados Unidos", y ha añadido que un tercer tipo de tumor con bastante incidencia femenina es el cáncer de cuello uterino, en el que Canarias tiene también una prevalencia importante.

Para sufragar los gastos derivados de la incorporación de personal para cubrir las necesidades de investigación en sectores prioritarios sobre el cáncer en Canarias, el Gobierno regional, a través de la agencia, ha concedido una subvención de 150.000 euros a la Fundación ICI. Díaz Chico ha explicado que en 2010, pese a haber sido "un año no muy bueno desde el punto de vista económico, la fundación ha mantenido estables los puestos de trabajo y la actividad".

EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD PONDRÁ EN MARCHA LA MEDIDA AUNQUE NO CONSIGA EL ACUERDO DE LOS BOTICARIOS

Las subastas en Andalucía se aplicarán a una decena de fármacos

■ Laura C. Ibañes

La Consejería de Salud de Andalucía no ha conseguido de momento el beneplácito de los colegios de farmacéuticos de la autonomía para incluir en su concierto de prestaciones una polémica medida de ahorro en la factura farmacéutica: convocar un concurso público para elegir al laboratorio que ofrezca el precio más barato de cada principio activo y forzar a los boticarios a dispensar esa marca concreta en todas las recetas por principio activo que reciban. La versión andaluza del catálogo gallego de medicamentos, que en la práctica implica dejar fuera del mercado al resto de marcas comercializadas, trata de buscar el acuerdo de los farmacéuticos porque, formal-

mente, exige una delegación de las competencias del boticario en la Consejería de Salud para la adquisición de productos.

Sin embargo, la firme oposición de los farmacéuticos a esta medida no frenará las intenciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS). José Luis Rocha, secretario general de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud andaluza, explica que "intentaremos un acuerdo con los farmacéuticos hasta el último momento, pero queremos sacar adelante este modelo de concursos que permita ajustar el gasto farmacéutico. Si finalmente no hay un acuerdo, entenderemos que el escenario actual no permite dilaciones en la puesta en marcha de esta medida: hace falta un mayor

José Luis Rocha: "El ahorro será muy importante, porque serán moléculas muy usadas y tendremos un gran descuento por volumen de compra"

ajuste de la factura farmacéutica del que se ha adoptado con carácter nacional y, aunque no hemos puesto una fecha límite, con acuerdo o sin él pondremos en marcha la medida en breve".

Rocha no aventura todavía cifras de ahorro, "pero no será una cuestión menor". Pese a que la medida comenzará con el concurso público "de un grupo reducido de principios activos, cercano a la decena -porque los

procedimientos para sacar un concurso son largos y llevan también un coste, así que no compensa aplicarlo a todos los productos", Rocha estima que el ahorro será "muy importante, porque se tratará de moléculas muy usadas y en las que podemos encontrar un gran descuento por volumen de compra".

Tampoco teme los recursos judiciales: "Hemos estudiado su legalidad y aunque damos por hecho que se presentarán recursos de la industria, la experiencia en la gestión de nuestras competencias nos dice que acabaremos ganando, como ha ocurrido ya con otros recursos o disputas como la puesta en marcha de iniciativas para la prescripción por principio activo".

Sin embargo, los recursos

judiciales podrían ir más allá de la industria. Los colegios de farmacéuticos andaluces han preguntado formalmente al Ministerio de Sanidad, a través del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, si los concursos para la elección de fármacos que se dispensan en farmacias serían legales o si quebrarían la cohesión del Sistema Nacional de Salud al expulsar al resto de marcas del mercado y al alterar los márgenes de beneficio de la industria, distribución y boticas. Sanidad no ha contestado aún a la espera de ver cómo queda redactada la nueva norma, pero ha advertido ya públicamente en varias ocasiones que no permitirá que se quiebre la cohesión y la equidad en la prestación farmacéutica.

POLÍTICA ANTE EL ESTUDIO DEL GOBIERNO PARA EVITAR DUPLICIDADES EN LAS AUTONOMÍAS

El "Modelo INE", válido como impulsor de la sostenibilidad

► El Gobierno central quiere mejorar la eficiencia del modelo autonómico y dará el primer paso con un análisis la situación. En el ámbito de la

sanidad, los economistas proponen un modelo en el que la relación del Estado y las autonomías en el uso de los recursos sea variable.

■ José M^a Juárez

Manuel Chaves, vicepresidente tercero del Gobierno y ministro de Política Territorial, ha comentado la intención del Ejecutivo de alcanzar un acuerdo con las comunidades autónomas para mejorar la eficiencia del modelo autonómico y evitar duplicidades en la ejecución de las competencias. Chaves también ha hecho público el encargo de un informe a la Agencia de Evaluación de las Políticas Públicas para evaluar la situación y favorecer la consecución del ahorro, esperando tener listo el análisis antes de las elecciones autonómicas y municipales de mayo.

En el ámbito de la sanidad, Guillem López, profesor de Economía de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, se ha mostrado partidario en declaraciones a este periódico del Modelo INE, "que los que estudiamos la financiación autonómica utilizamos para referirnos a la posibilidad de que la realización de estadísticas, trabajos en salud pública, evaluación de tecnologías...

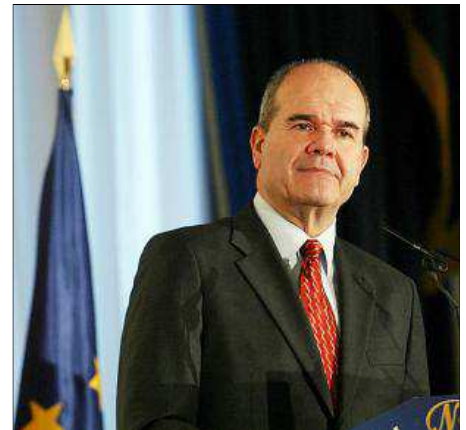
sea contratada por las autonomías a la Administración central". Así, "el Estado asume el coste fijo de la supuesta agencia y las autonomías el variable derivado del servicio, a no ser que las regiones consideren que cuentan con recursos suficientes para replicar y mantener las estructuras". Según López, "es un modelo, también viable con acuerdos entre las propias autonomías, con el que hacer frente a la limitación de fondos que el Gobierno central cede a los autonómicos,

aunque desbarbala el ímpetu de las comunidades por tener de todo". Se trata de "establecer prioridades, como se ha hecho en el Reino Unido, para favorecer la excelencia y la sostenibilidad sin reducir la calidad".

Ineficiencia y cambios
En la misma línea, y teniendo en cuenta el debate sobre la sostenibilidad del sistema y las aceptaciones y rechazos a la aplicación de iniciativas como el céntimo sanitario y el copago, Javier Díaz-Giménez, profesor de Eco-

nomía de IESE, ha comentado que "el modelo está superado, es ineficiente y requiere cambios desde la política para caminar hacia una gestión racional y eficiente".

Díaz-Giménez se muestra contrario al café para todos y ve necesaria una reflexión conjunta entre el Gobierno central y los autonómicos



Manuel Chaves, vicepresidente tercero del Gobierno.

en el seno del Consejo Interterritorial en el que se dejen a un lado los intereses políticos para incrementar la cohesión y asumir que en otros países como Suecia el debate sobre la aplicación del copago y la coordinación con la iniciativa privada ya se han superado para garantizar la sostenibilidad".

El mismo Flumil de siempre, ahora transparente



Flumil

Sobres granulados
Acetilcisteína

Mismo sabor a naranja

NUEVA FÓRMULA
MÁS NATURAL
SIN COLORANTES

Zambon

Ver ficha técnica en pág. 14

I+D COMIENZA CON UN CAPITAL SOCIAL INICIAL DE 500.000 EUROS

Asturias impulsa la Fundación de Investigación e Innovación Biosanitaria

■ Redacción

Oviedo

Asturias ha constituido la Fundación de Investigación e Innovación Biosanitaria, que integran el Gobierno del Principado, la Universidad de Oviedo, Cajastur y las empresas Alimerka, ILAS y TSK. La fundación ofrecerá servicios, infraestructuras comunes y apoyo económico y administrativo para facilitar la captación y gestión de fondos destinados a la I+D biosanitaria.

El Principado pretende retener y atraer talento investigador, generar sinergias con la universidad y tender puentes con la estructura empresarial para facilitar "el traslado a la cabecera del enfermo de los avances que se producen en ciencia y para conseguir patentes y comercializarlas", ha explicado Ramón Qui-

El objetivo, según el consejero Quirós, es trasladar "a la cabecera del enfermo los avances en ciencia, conseguir patentes y comercializarlas"

rós, consejero de Sanidad.

La fundación nace con un capital social inicial de 500.000 euros y su compromiso de elevar estos fondos hasta los dos millones en los próximos tres años. La primera inversión será el Instituto de Biomedicina y Oncología.

Gestión Clínica

Por otro lado, el Consejo de Gobierno ha dado luz verde a la creación de la unidad de Gestión Clínica de Salud

Mental del Área Sanitaria II, con cabecera en Cangas del Narcea. Será la primera que se constituirá en el Hospital Carmen y Severo Ochoa y se desarrollará este año siguiendo el nuevo modelo de organización de las prestaciones sanitarias propuesto por el Servicio de Salud del Principado.

La Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área II estará integrada por un equipo de diez profesionales y atenderá a una población de más de 30.000 personas. Con esta unidad, la sanidad asturiana cuenta con más de cuarenta equipos multidisciplinares de profesionales de atención primaria y especializada comprometidos con la gestión clínica, diseminados por toda la red asistencial asturiana.

ADICIONES SE INTENSIFICARÁ LA VIGILANCIA DE LOS LOCALES

Las autonomías se comprometen a dar cumplimiento a la nueva ley del tabaco

■ Redacción

Parece que las comunidades autónomas, sean del signo político que sean, están dispuestas a hacer cumplir la ley del tabaco que entró ayer en vigor y que prohíbe fumar en cualquier espacio cerrado público.

A la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, que manifestaba hace días su intención de acatar "en sus términos estrictos la nueva norma", aunque tiene previsto esperar algún tiempo "para analizar qué margen de regulación autonómica se deja para valorar si el Ejecutivo regional puede hacer algo en algún momento", se han sumado en los últimos días los gobiernos de Andalucía, Asturias y Castilla y León.

María Jesús Montero, consejera andaluza de Sani-

Madrid, Andalucía, Castilla y León y Asturias ponen en valor la protección frente al humo de tabaco que se alcanza con la nueva ley

dad, espera que con la entrada en vigor de la nueva ley antitabaco se "reduzca el consumo de tabaco un 11 por ciento", pues en la autonomía andaluza una de cada tres personas fuma, una cifra a su entender "inaceptable".

Más vigilancia

Según ha señalado la consejera, en Andalucía "se intensificará la vigilancia de los locales y establecimiento y al principio habrá un mayor

despliegue de inspectores para velar por el cumplimiento de la ley".

En Castilla y León, José Antonio de Santiago-Juárez, consejero de Presidencia y portavoz de la Junta autonómica, ha manifestado que la normativa aprobada y en vigor ya "es adecuada y necesaria" y que se dará cumplimiento a la ley en la protección de la salud pública y la inspección de establecimientos, que son las competencias que se han asignado a las regiones.

Desde el Principado de Asturias, la Dirección General de Salud Pública dice interpretar la normativa aprobada como "una ampliación del derecho de los ciudadanos a protegerse frente a la contaminación provocada por el humo ambiental del tabaco".

POSGRADO 21 MESES DESPUÉS DE QUE EXPIRASE EL PLAZO, SÓLO DOS COMUNIDADES TIENEN APROBADAS SUS NORMAS

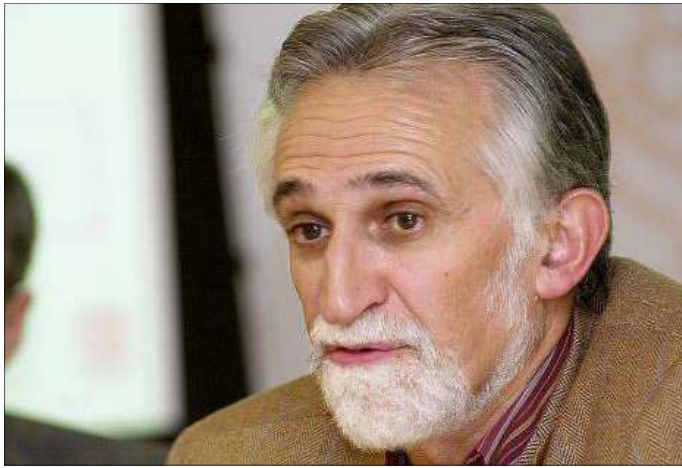
Los tutores alertan del incumplimiento flagrante del decreto MIR en las CCAA

➔ 21 meses después de que acabase el plazo que Sanidad dio a las regiones para aprobar sus decretos MIR, sólo dos autonomías los han publicado oficialmente. Las más *perezosas* ale-

gan que antes necesitan conocer el decreto de troncalidad, que el ministerio no acaba de aprobar, y los tutores afirman que, unos por otros, la reforma docente puede fracasar.

■ Francisco Goiri

Más de dos años después de que el Ministerio de Sanidad aprobara el Real Decreto 183/2008 (más conocido como decreto MIR), su aplicación y desarrollo en las diferentes comunidades autónomas sigue en vía muerta. Esa norma, aprobada tras un duro tira y afloja con sindicatos y residentes (ver DM del 27-X-2007), recogía sólo las líneas básicas de la formación MIR en el Sistema Nacional de Salud (SNS), pero eran las comunidades las que tenían que concretar aspectos clave como el reconocimiento de los tutores, la estructura de las comisiones de docencia o los mecanismos de evaluación. En marzo de 2009 expiró el plazo que Sanidad dio a las comunidades para que aprobasen sus respectivas normas, y casi dos años después el panorama no puede ser más desolador: sólo Castilla y León (ver DM del 27-VII-2009) y La Rioja (ver DM del 11-X-2010) han publicado en sus boletines oficiales el correspondiente decreto autonómico. Según los datos que maneja la Asociación Española de Redes Docentes y Asesoras (Areda) y la Vocaría Nacional de Médicos en Formación de la OMC, re-



Fernando Pérez Iglesias, presidente de la Asociación de Redes Docentes y Asesoras.

Afrontamos un año de restricción presupuestaria y, para que la reforma docente sea realmente efectiva, hay que asumir un coste económico

giones como Cataluña, Aragón, Extremadura y Murcia tienen muy adelantados sus respectivos textos, pero, de ahí, a aplicarlos de manera efectiva (incluidos los decretos oficialmente aprobados), va un abismo. "Los informes que recibimos de docentes y jefes de estudio de Castilla y

León revelan que desde que se aprobó su norma ha habido avances lentos, dispares y en temas muy puntuales. El reconocimiento de los tutores sigue encontrando grandes dificultades", afirma Fernando Pérez Iglesias, presidente de Areda.

Tanto Areda como la Vo-

calía de la OMC son conscientes de que la lentitud normativa de muchas regiones viene motivada en parte por la demora del Ministerio de Sanidad en aprobar el decreto de troncalidad, una norma íntimamente relacionada con el 183/2008. De hecho, Fernando Rivas, vocal de Médicos en Formación de la corporación colegial, recuerda que "el subtítulo oficial del decreto MIR es por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud, y si-

que con y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada". En definitiva, que aún no haya una norma de troncalidad impide desarrollar la primera parte del decreto MIR, y eso es precisamente, según Rivas, "lo que esgrimen algunas autonomías para no haber impulsado la segunda parte". O, como diría el castizo, unos por otros, la casa sin barrer.

Exigencias concretas

Sea como fuere, Pérez Iglesias teme que tanta falta de decisión "acabe por llevar al fracaso una reforma docente en la que tantas esperanzas había depositadas". Sobre todo en un contexto como el actual: "Afrontamos un año de evidentes restricciones presupuestarias y, se diga lo que se diga, las reformas del MIR y de la troncalidad tienen un coste económico si queremos que sean verdaderamente efectivas". De entrada, el presidente de Areda matiza que "más allá del reconocimiento salarial o en la carrera, el tutor necesita tiempo para dedicarlo exclusivamente a la docencia y a las labores de tutorización, y eso obliga a tener sustitutos para asumir la tarea asistencial a la que él no llegue".

LA VOCALÍA DE RESIDENTES VE MUCHAS DISPARIDADES EN LOS DOCUMENTOS YA APROBADOS

La OMC urge a las regiones a aprovechar la reforma para fijar unos criterios comunes en formación y tutorización

■ F. G.

El desarrollo autonómico de la norma que resume los derechos y deberes (tanto docentes como laborales) de los especialistas en formación es clave para los MIR, y, no en vano, Fernando Rivas, vocal nacional de Médicos en Formación de la Organización Médica Colegial (OMC), admite que "es uno de los principales puntos en todas las reuniones de residentes que hemos venido manteniendo desde que se aprobó el 183/2008". Como la asociación que agrupa a tutores y docentes, Rivas denuncia que "casi 2 años después de que se haya cumplido la moratoria que fijaba el

propio decreto, el balance es bastante pobre. Las razones que se ocultan tras esta escasez de desarrollo normativo sólo las conocen quienes han hecho, o, mejor dicho, quienes no han hecho lo que la ley les marcaba".

Al margen de la inoperancia legislativa de las comunidades autónomas, Rivas llama la atención sobre los textos que ya se han publicado en algunas regiones, donde "se atisban las primeras diferencias sobre el tiempo que los tutores pueden dedicar al desarrollo de sus funciones, su escaso reconocimiento e incentiación".

El vocal de la OMC insta a las consejerías de Sanidad

a que aprovechen el decreto de troncalidad y el desarrollo del 183/2008 para consensuar "unos criterios comunes en formación y tutorización para todos los MIR, respetando que luego cada comunidad pueda mejorar algunos aspectos". Según él, "no se puede tolerar, por el bien de los ciudadanos que van a ser atendidos por estos médicos en formación y futuros especialistas, que haya disparidad en los mecanismos de formación".

Necesaria relevancia

Rivas coincide con Pérez Iglesias en que el reconocimiento de la figura de los tutores es clave y en que hay

que aprovechar la obligada reforma legislativa para "que adquiera una relevancia que hasta ahora nadie ha sabido darle, o que se ha desdibujado con otros aspectos menos relacionados con la formación". Y no sólo los tutores. El desarrollo autonómico del decreto MIR es fundamental, según el representante colegial, para fomentar el desarrollo del libro del residente, determinar la asunción progresiva de responsabilidad por parte del residente y la figura del R1 y delimitar la actividad asistencial en el área de Urgencias, entre otras cosas. Rivas concluye que todos estos son "temas capitales que



Fernando Rivas.

nadie se ha atrevido a acometer a expensas del decreto de troncalidad".

ANDALUCÍA

El Virgen de las Nieves forma a sus médicos para prevenir las agresiones

■ Redacción

El Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de Granada, ha realizado un seminario formativo monográfico sobre prevención de riesgos laborales y agresiones en los centros sanitarios. La sesión, dirigida a todos los profesionales del hospital granadino e impartida por la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales del hospital, se ha desarrollado en el Parque de las Ciencias de Granada y se enmarca dentro del acuerdo de colaboración firmado en su día entre el Virgen de las Nieves y el propio parque, que dispone del único centro oficial sobre cultura de la prevención que existe en España y el tercero que se ha creado en Europa con este fin.

El seminario ha versado fundamentalmente sobre los principios básicos del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales de la Junta de Andalucía -y cómo se articula dentro de los centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud (SAS)- y la aplicación efectiva del Plan de Prevención y Atención ante las Agresiones a Profesionales del sistema sanitario público.

Sensible aumento

La prevención de la violencia, tanto física como verbal, a los médicos es clave dentro de Andalucía, una comunidad que, según los datos que maneja el SAS, ha experimentado un considerable aumento en el porcentaje de agresiones, concretamente un 26 por ciento en el primer semestre de 2010 con respecto al mismo periodo del año anterior (ver DM del 29-IX-2010).

El Observatorio contra las Agresiones del consejo colegial andaluz y el Plan de Prevención de la Junta son las herramientas de que se ha dotado la comunidad para hacer frente a esta lacra. A todo ello se unen iniciativas individuales, como la del Hospital Virgen de las Nieves, para formar y concienciar al médico.

ESPECIALIDADES AUMENTA EL INFRADIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍAS LABORALES EN ESPAÑA

Trabajo reclama más médicos y participación en la gestión

➔ En España se sufren más enfermedades laborales de las detectadas en el Sistema Nacional de Salud. Según los profesionales, este infradiagnóstico

tiene que ver con las "razones economicistas" de la Administración, la falta de profesionales y su escasa participación en la gestión.

■ Enrique Mezquita Valencia

Según las estadísticas, en España sólo se reconocen 30.000 enfermedades de origen laboral, y la mayoría son leves y sin baja, mientras que se estima que la cifra real es de más de 80.000 enfermedades profesionales al año con un importante impacto en la mortalidad. Esta divergencia también se aprecia en el registro de fallecimientos relacionados con estas patologías, ya que aunque las muertes por enfermedad laboral apenas son reconocidas, los especialistas calculan que anualmente se producen cerca de 9.000 fallecimientos por cáncer de origen laboral, alrededor de 1.700 por enfermedades respiratorias y 3.600 por enfermedades cardiovasculares.

Alfredo Ribelles, vocal de la Asociación de Medicina del Trabajo de la Comunidad Valenciana (Amctv), ha explicado a DM que "afloran muy pocas, y las que no lo hacen es debido a impedimentos de carácter legal, ad-

En España se reconocen 30.000 enfermedades profesionales, aunque según los especialistas son 80.000 y con impacto en la mortalidad

La Asociación de Medicina del Trabajo de Valencia cree que en el SNS hacen falta 1.000 ó 1.500 especialistas más para garantizar la cobertura

ministrativo, penal... Su reconocimiento son, al final, costes y responsabilidades". En este sentido, ha hecho hincapié en que "los catálogos de enfermedades profesionales se basan en criterios economicistas o administrativos. Generalmente, los hace la Administración central apoyándose en las mutuas. El último listado también se vio marcado por las directivas comunitarias, que quieren reducir el campo de acción. Su visión es que si abres mucho el marco, cualquier cosa puede ser patología laboral".

El vocal de la Amctv ha reclamado un papel más acti-

vo y preponderante de los especialistas en Medicina del Trabajo en su ámbito de actuación. "Hace falta integrar a los profesionales en el mundo del trabajo, y cuantos más haya, más costes indirectos podríamos evitar. Sin embargo, los modelos existentes de externalización de servicios provocan que los trabajadores tengan un difícil acceso al médico del trabajo".

Un sistema participativo

En esta línea, ha recordado que el decreto de enfermedades profesionales de finales de 2006 "dejaba al médico como un mero comuni-

cador de enfermedades, en vez de ser el protagonista en la declaración de la enfermedad y la contingencia". Según Ribelles, "la declaración de contingencia sigue siendo una competencia del Instituto Nacional de Seguridad Social y éste es el que dictamina cuando los médicos no han visto los puestos laborales de esos trabajadores. Quizás las personas más próximas sean los médicos del Trabajo, y por ello reclamamos ese papel de mayor liderazgo e implicación en esas declaraciones". En este contexto, ha lamentado la infravaloración que actualmente sufre la especialidad: "La gente no alcanza a ver lo que podríamos aportar en la Seguridad Social, los sistemas sanitarios y la competitividad social. Por ejemplo, si tuviéramos competencias

CLASIFICACIÓN FANTASMA

De las patologías de origen laboral que se declaran en la actualidad, las más frecuentes son aquellas producidas por elementos físicos, entre las que se incluyen las causadas por ruido y las vibraciones, pero también las enfermedades osteomusculares. En segundo lugar se encuentran las patologías de la piel, como las alergias y los eccemas de contacto y, por último, las enfermedades respiratorias. Sin embargo, los especialistas consideran que esta clasificación de las enfermedades profesionales más frecuentes cambiaría considerablemente si se tienen en cuenta todas las patologías de origen laboral, aunque no estén incluidas en la lista oficial. Así, aunque seguiría habiendo mucha enfermedad osteoarticular y dermatológica, seguramente el cáncer de origen profesional ocuparía un lugar muy prevalente. Además, el panorama de prevalencia de enfermedades profesionales en nuestro país cambiaría radicalmente si también se comenzaran a considerar como patología laboral las enfermedades cardiovasculares y las mentales y si se tuvieran en cuenta fenómenos tan en auge como los trastornos oculares.

en gestión de la incapacidad laboral -que provoca un gasto de cerca de 4.000 millones de euros al año en nuestro país, gracias a nuestro conocimiento de las condiciones de trabajo y la posibilidad de asistir al trabajador precozmente, podríamos lograr cifras escalofriantes de ahorro".

Respecto a la situación del colectivo, ha señalado que las estimaciones demográficas hablan de que en España

ejercen entre 3.000 y 4.000 especialistas en Trabajo". En su opinión, serían necesarios alrededor de 1.000 ó 1.500 más para garantizar la cobertura total en todos los sectores. Ribelles también se ha mostrado crítico con el borrador del decreto que regula las actividades sanitarias en los servicios de prevención, ya que prevé duplicar la media de trabajadores por cada médico del Trabajo (ver DM del 23-XII-2010).

LABORAL DENUNCIA QUE LOS MÉDICOS SON LOS MÁS PERJUDICADOS

CESM no aceptará "olímpicamente" el nuevo 'tijeretazo' del Ejecutivo murciano

■ Pilar Laguna Murcia

Los segundos recortes salariales a los médicos de Murcia (ver DM del 28-XII-2010) siguen provocando reacciones contrarias a la decisión del Gobierno de todos los agentes con competencia sanitaria en la región, sobre todo entre los profesionales del Sistema Murciano de Salud.

Mientras la consejera de Sanidad de la comunidad, María Ángeles Palacios, justifica este nuevo tijeretazo salarial a los profesionales sanitarios, que afecta especialmente a los médicos, y la oposición carga contra la improvisación de las medidas del Gobierno regional (ver DM del 31-XII-2010), el Sindicato Médico de Murcia, ligado a CESM, considera que una vez más los facultativos se llevan la peor parte, con bajadas salariales que rebasan los 500 euros por cabeza sumando el 7 por

Critica que la justificación de la consejería sobre la rebaja en el pago de las horas extraordinarias daña la imagen del colectivo

ciento que recorta el Gobierno central más el 3,7 de la Administración autonómica, a lo que hay que sumar el 5 por ciento de los complementos".

Daños de imagen

Según la central con más representación entre los galeños autonómicos, "además se está llegando a una pérdida en la imagen de los médicos al señalar como privilegios el pago de la atención continuada, cuando se trata de horas extraordinarias obligatorias a partir de las 15 horas, o 24 horas en día fes-

tivo, que se pagan a precio inferior a la hora de trabajo ordinaria".

La central advierte que no aceptará "olímpicamente" esta situación y que a partir del 1 de enero informará en las distintas unidades asistenciales de primaria y de especializada para decidir qué opción toma finalmente contra la aprobación selectiva de la Ley de Medidas Extraordinarias del Ejecutivo de Ramón Luis Valcárcel.

Con estas drásticas reducciones salariales, los médicos de Murcia, sobre todo en atención primaria, dejan de ser los mejor pagados del Sistema Nacional de Salud, una condición a la que aspiran los facultativos del resto de comunidades mientras contemplan cómo las administraciones sanitarias recortan los sueldos homologando retribuciones a la baja (ver DM del 24-V-2010).

Date un respiro

Complete el tablero de 81 casillas (9 filas y 9 columnas), rellenando las celdas vacías con números del 1 al 9, de modo que no se repita ninguna cifra en cada fila, ni en cada columna, ni en cada cuadro.

Solución en pág. 19

Patrocinado por

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

FLUTOX

cloperastina

AN UNA EMPRESA VALENCIANA SE INICIÓ EN DONACIÓN DE CÉLULAS SIN TENER AÚN AVAL OFICIAL

El Estado no asume los gastos por aplicar tarde una directiva

➔ La Audiencia Nacional ha desestimado la reclamación de una empresa contra el Estado por una "incorrecta y tardía" transposición de la

Directiva europea sobre donación de células. La compañía reclamaba los costes del inicio de su actividad de crioconservación celular.

Soledad Valle

Una empresa de Valencia ha visto frustrado su objetivo de poner en marcha un servicio de depósito y conservación de sangre del cordón umbilical, al amparo legislativo de la Directiva 2004/23CE sobre el establecimiento de normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. En virtud de la ley europea, la empresa elevó su solicitud de constitución de la sociedad mercantil ante el Gobierno de Valencia. Pero el gobierno autonómico le negó su petición de constituir un banco de tejidos, cuando ya se había aprobado el real decreto de transposición de la directiva.

Entonces la compañía decidió poner una demanda judicial reclamando los gastos que le había generado la puesta en marcha de su negocio, que estimó en 451.236 euros y que imputaba a la Administración por su retraso y mala incorporación de la norma europea a la legislación española. Sin embargo, la Audiencia Nacional ha desestimado la pretensión de la compañía y ha dado la razón al abogado del Estado en sus argumentos. La empresa consideraba que "la directiva creaba unas

La Audiencia admite que la empresa optó por constituir una sociedad mercantil asumiendo un riesgo achacable a su propia decisión

expectativas [empresariales] que se vieron frustradas como consecuencia de la aplicación del real decreto, perdiendo las inversiones que había realizado para la puesta en funcionamiento de la actividad". La demandante afirmaba que el real decreto vulneraba el principio de libertad de empresa impidiendo el libre establecimiento de la compañía; además, creía que iba contra la finalidad armonizadora de la directiva sobre esta materia. Por último, la empresa evidenciaba que la transposición de la directiva se hizo cuando había vencido el tiempo para ello y ya se ha-

bía constituido la sociedad. Sin embargo, los magistrados recogen los argumentos de la Administración al afirmar que el objetivo de la directiva no era la de armonizar la legislación de los Estados miembros en esta materia, pues deja un amplio margen a la apreciación de cada una de las legislaciones nacionales, como tampoco era "el reconocimiento de derechos a favor de particulares".

Objetivo de la norma

Los magistrados reconocen que la norma europea pretende garantizar la calidad y seguridad de "las células y

tejidos humanos a fin de evitar la transmisión de enfermedades, adoptando medidas de seguridad, y estableciendo un marco unificado que garantice unas normas que permitan el intercambio seguro de células y tejidos". La sentencia afirma que "la ley europea permite a "los Estados miembros introducir en su territorio medidas de protección más estrictas [...] y, además, sujeta el establecimiento de tejidos y células a la previa acreditación o designación por parte de la autoridad competente". El fallo admite que "la reclamante optó libremente por constituir una mercantil con la esperanza de ver que su objeto social sería permitido, asumiendo con ello un riesgo que sólo es achacable a su propia decisión".



La norma europea perseguía elevar la calidad y seguridad en el intercambio de células y tejidos.



Una facultativa es agredida en su consulta.

VIOLENCIA PUBLICA Y DISTRIBUYE UNA GUÍA

Orihuela desarrolla el plan autonómico de prevención y atención de agresiones

E. Mezquita

Valencia

El Departamento de Salud de Orihuela, en la provincia de Alicante, ha puesto a disposición de los profesionales sanitarios una guía de actuación para prevenir las agresiones en el ámbito laboral. Esta iniciativa es el resultado de la puesta en marcha del Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones a los Trabajadores del Sector Sanitario Público de Valencia, que ha sido ratificado por el Gobierno valenciano (ver DM 8-VII-2010).

En el marco de este proyecto se ha elaborado el tríptico *Guía de actuación y prevención ante una situación de agresión a los trabajadores del sector sanitario público*, que contiene consejos generales en materia preventiva, incluyendo cómo identificar indicios que pudieran asociarse con ataques inminentes (lenguaje o tono alterado, gestos amenazadores, etc.) y conductas que hay que mantener para favorecer que el paciente no se descontrola (actitud tranquila, ser asertivo, etc.).

Registro

Además contiene una relación de actuaciones a emprender en caso de que se produzca la agresión, desarrolladas en un flujograma. Asimismo, se ha desarrollado un formulario y un protocolo de actuación sobre la notificación, el registro y la investigación de cualquier incidente en el trabajo, que incluye las agresiones.

Gracias a esta iniciativa se podrá disponer de un registro informatizado de

agresiones a los trabajadores del sector sanitario público, permitiendo así recoger todos los datos específicos de cada agresión y, mediante el análisis de los mismos, elaborar anualmente el mapa de incidentes violentos en la comunidad.

MEMORIA

La lucha contra las agresiones y la elaboración de un plan específico ha sido una de las grandes demandas de colegios profesionales y sindicatos en los últimos años. En este contexto, tras meses de polémica por los retrasos en su abordaje y en el borrador, los sindicatos con representación en la mesa sectorial dieron el visto bueno al proyecto (ver DM del 12-VI-2009) y lograron el compromiso de la Administración de acelerar su desarrollo y puesta en marcha. Pocos meses después, el Gobierno valenciano aprobó el decreto que establece las actuaciones de los órganos de Sanidad en la prevención y atención de las agresiones en el sector sanitario público, donde se recogían como riesgo laboral y se marcaba la necesidad de elaborar un Plan Integral de Prevención y Atención de las Agresiones.

VALENCIA LA COMPAÑÍA RESCINDIÓ EL CONTRATO DEL CLIENTE DENTRO DEL PLAZO LEGAL

Mentir a una aseguradora puede dejar sin cobertura

E.M.

Valencia

La Audiencia Provincial de Valencia ha confirmado un auto del Juzgado de Primera Instancia número 3 de Valencia que condenaba a un hombre a abonar 35.735 euros en concepto de gastos médicos generados entre 2002 y 2007, desestimando así el recurso presentado por éste por un supuesto incumplimiento de diversos artículos de la Ley de Contrato de Seguro (LCS).

El demandante suscribió una póliza de seguro que cubría, entre otros, los gastos de asistencia médica y hospitalaria y, para ello, relleno

el cuestionario de salud unido a la solicitud de dichos seguros. Sin embargo, cuando la compañía de seguros tuvo constancia de la falta de veracidad a la hora de rellenar el cuestionario, se lo comunicó al corredor de seguros y dio de baja al demandante en la póliza familiar.

Cuestionario

La sentencia destaca que el actor no puede escudarse en que la compañía aseguradora pudo someterle a un reconocimiento médico antes de emitir la póliza, ya que había señalado en el cuestionario que sí había padecido o padecía alguna enfermedad de las detalladas. Y ello se debe a que también respondió afirmativamente a la pregunta de si ya estaba totalmente recuperado de cualquier enfermedad que hubiera podido padecer.

Según los magistrados, "la sentencia de instancia se ajusta a derecho, en cuanto que el tomador, de forma consciente, no respondió con veracidad al cuestionario y ello influye directamente en la valoración del riesgo". Esta resolución avala de nuevo las tesis de la compañía demandada, que alegó

que el asegurado no había declarado verazmente las circunstancias concurrentes para la valoración del riesgo. En concreto, omitió al responder al cuestionario de salud que tenía un carcinoma basocelular y que sufría de metaplasia gástrica y pólipos colonícos múltiples, que requerían constante revisión.

Además, la sentencia de la Audiencia de Valencia dice que "la compañía aseguradora en plazo legal, un mes, según la LCS, rescindió el contrato al dirigir una comunicación escrita al demandante dándole de baja".

➔ LABORAL

Controles médicos al personal de un hospital

Soy trabajador sanitario en un hospital y me han comentado que debo someterme a un control de salud. ¿Es obligatorio pasar el reconocimiento médico inicial? ¿Quién podrá conocer la información de mis análisis?

■ L.L.C. (León)

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, -que ha sido modificada, tras la aprobación de la Ley 25/2009, de 22 de diciembre- regula, en su artículo 22, la obligación como sanitario de someterse a dichas pruebas médicas debido a que las características de su trabajo hacen imprescindible este reconocimiento médico, ya que puede constituir un riesgo importante.

No obstante, el apartado segundo del mencionado artículo establece que el control de la salud de los trabajadores se llevará a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud. Además, los datos sanitarios tienen una protección especial en la LOPD.

➔ CONSUMO

Normas para servir pescado en crudo

Soy médico de atención primaria de la Comunidad de Madrid. Me gustaría saber si durante estos días en los que suele aumentar el consumo de pescado debemos advertir a nuestros pacientes que tengan un cuidado especial con las alergias que provienen del mar, como el anisakis.

■ F.M.T. (Madrid)

En 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó el Real Decreto 1.420/2006, de 1 de diciembre, sobre prevención de la parasitosis por anisakis en productos de la pesca suministrados por establecimientos que sirven comida a los consumidores.

La norma establece la obligación de garantizar por parte de los titulares de los establecimientos, tanto de bares como de restaurantes, que determinados produc-

LA CONSULTA

EL ARCHIVO CON LAS CONSULTAS PUBLICADAS ESTÁ DISPONIBLE EN LA DIRECCIÓN DE INTERNET:
<http://www.diariomedico.com/asesor/consulta.html>

Las respuestas aparecidas en esta sección reflejan la opinión de los firmantes, pero al no poder abordar todos los aspectos de cada caso no sustituyen a la consulta personalizada con el letrado que las firma o con cualquier otro.

Con la colaboración de:



tos de la pesca de consumo en crudo o prácticamente en crudo han sido previamente congelados a una temperatura igual o inferior a menos 20 grados centígrados en la totalidad del producto, durante un periodo de al menos 24 horas, con el fin de destruir posibles larvas de nematodos.

➔ SEGURIDAD

Contenido mínimo de los informes clínicos

Hace un par de meses se aprobó un real decreto acerca del mínimo de datos que deben incluir los informes clínicos. En mi centro hospitalario hemos estado discutiendo sobre si es aplicable a todos los informes clínicos y qué debe incluirse en éstos. Compañeros sanitarios que trabajan en otras comunidades autónomas no tienen la misma obligación que nosotros sobre ese mínimo de datos. ¿Cómo ha quedado establecida la regulación al respecto?

■ J.L.F. (Madrid)

En septiembre de 2010 se publicó el Real Decreto 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos en los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Dichos informes clínicos deben incluir un conjunto mínimo de datos que se recogen específicamente en los anexos del citado decreto y que divide la información en cuatro grandes grupos.

La norma reconoce esta obligatoriedad para una determinada serie de documentos clínicos, que enumera en su artículo 3, recogiendo que es indiferente el soporte, sea papel o electrónico.

Los documentos referidos son el informe clínico de alta, el de la consulta externa, el de urgencias, el de atención primaria, el informe de resultados de pruebas de laboratorio, el de resultados de pruebas de imagen, el de cuidados de enfermería y

la historia clínica resumida. El objetivo de este real decreto es facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios al disponer de una información básica homogénea sobre los pacientes que podrá ser compartida en todo el SNS.

Efectivamente, las comunidades autónomas pueden variar sus modelos incorporando los datos que estimen convenientes, pero siempre conservando el mínimo establecido por el decreto. Sobre la información del paciente, por ejemplo, el decreto señala que debe figurar su nombre, apellidos, sexo, DNI, dirección postal o número de historia clínica.

➔ VIOLENCIA

¿Cómo actuar en casos de maltrato infantil?

Trabajo en un centro hospitalario de Salamanca y desgraciadamente hemos tenido hace pocas semanas un paciente menor con evidencias de ser maltratado por sus progenitores. Es un caso delicado, muy desagradable, incómodo y doloroso, y me gustaría saber si existe alguna pauta de actuación sanitaria al respecto.

■ G.L.O. (Salamanca)

En este caso debemos remitirle al Protocolo de Actuación ante el Maltrato Infantil y Situaciones de Riesgo en el ámbito sanitario de la provincia de Salamanca, elaborado por un equipo multidisciplinar de profesionales (pediatras, médicos de Familia, trabajadores sociales, etc.)

Ante una sospecha de maltrato, se debe evaluar si se está ante una situación grave o urgente. El caso tendrá el calificativo de grave cuando existan lesiones físicas importantes, abusos sexuales, repercusiones psíquicas importantes, etc. Si es así, se debe valorar la conveniencia del ingreso hospitalario, realizar pruebas complementarias y profilaxis de ETS, rellenar un parte de lesiones y notificar telefónicamente la situación al Juzgado de Guardia. Igualmente se debe avisar al resto de los

agentes sociosanitarios implicados en el tratamiento del menor o su entorno.

Si no es una situación urgente, se deberá rellenar un parte de notificación a servicios sociales, contactar telefónicamente con el pediatra del menor, con el servicio de urgencias y con el trabajador social del centro. De dichas comunicaciones también se deberá enviar una copia escrita para dejar constancia.

➔ SEGURIDAD VIAL

Código de circulación para ambulancias

Soy DUE en un hospital de Andalucía y mi marido es conductor de ambulancias. Me gustaría saber si en su trabajo puede saltarse un semáforo. Y cuál es su responsabilidad en caso de que sufra un accidente.

■ I.R.M. (Málaga)

El Real Decreto 339/1990 aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

El artículo 53 del citado decreto regula las normas generales sobre señales y en su apartado 2 afirma que "salvo circunstancias especiales que lo justifiquen, los usuarios deben obedecer las prescripciones indicadas por las señales". En este sentido, el Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, Reglamento General de Circulación, recoge en su artículo 67, en el apartado dedicado a los vehículos prioritarios, que "los conductores de los vehículos destinados a los referidos servicios (de urgencia) harán uso ponderado de su régimen especial únicamente cuando circulen en prestación de un servicio urgente y cuidarán de no vulnerar la prioridad de paso en las intersecciones de vías o las señales de los semáforos, sin antes adoptar extremadas precauciones, hasta cerciorarse de que no existe riesgo de atropello a peatones y de que los conductores de otros vehículos han detenido su marcha o se disponen a facilitar la suya".

El artículo 68 de la misma norma añade que "podrán dejar de cumplir las normas, salvo las órdenes y señales de los agentes, que son siempre de obligado cumplimiento".

En caso de que sufra un accidente, habrá que atenderse a las circunstancias del caso en orden a dilucidar si el conductor de la ambulancia fue diligente a la hora de cumplir las normas que la ley le permite infringir, y que hemos señalado, y si guardó las precauciones debidas.

LA CONSULTA DIARIO MEDICO

Recorte este cupón y envíe su duda jurídica o legal, escrita con claridad y preferentemente en mayúsculas, a: Avenida de San Luis, 25. 28033 - MADRID
Si lo prefiere puede remitirla al fax: 91 443 63 40 o a través de DM Internet: laconsulta@unidadeditorial.es

PREGUNTA

DATOS DEL LECTOR

Nombre y apellidos

Centro de Trabajo

Domicilio

Ciudad

C.P.

Teléfono

Nombre o iniciales con los que quiere aparecer

☐ Sólo se responderá a los cupones debidamente cumplimentados. DM garantiza la confidencialidad de los comunicantes. ☐ No se admiten consultas sobre la responsabilidad civil o penal de médicos, pacientes o corporaciones.

URGENCIAS EL OBJETIVO DE LOS ESTUDIOS ES OPTIMIZAR EL MANEJO DIARIO Y A LARGO PLAZO

La investigación se une a la asistencia diaria en urgencias

► Los datos que se obtienen de la práctica clínica diaria son el acicate para que los servicios de urgencia lleven a cabo investigaciones propias.

El objetivo es mejorar la asistencia diaria pero, además, existe otro compromiso: contribuir al pronóstico y a la supervivencia a largo plazo.

■ Raquel Serrano

La atención inmediata, *alma mater* del ejercicio en los servicios de urgencias, se beneficiará de las investigaciones propias y específicas que se lleven a cabo en estos servicios, lo que se traducirá en una mayor calidad asistencial. Un claro ejemplo y pionero en España es el del Hospital Universitario Severo Ochoa, en Leganés, Madrid, que ha creado un área mixta de investigación en medicina de urgencias, financiada por el centro y por compañías farmacéuticas a través de un convenio con el hospital, en el que trabajarán de forma conjunta cien hospitales en proyectos de investigación. "Se trata de realizar trabajos de investigación de ciencia clínica en los que participan los miembros de urgencias, de otros servicios, residentes y diplomados en enfermería", ha indicado a DM Alfonso Martín Martínez, jefe del Servicio de Urgencias Generales del Severo Ochoa, y coordinador del Grupo de Arritmias Cardíacas de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

Proyectos múltiples

Los dos primeros proyectos que ha iniciado el Servicio de Urgencias, aprobados por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) y en el que colaborarán otros hospitales, se centran en el abordaje de la diabetes y en el manejo y pronóstico de la hemorragia digestiva en el servicio de urgencias, con un objetivo claro: saber qué aspectos deben mejorarse para un mayor éxito. Martín también ha aludi-



Alfonso Martín Martínez, jefe de Urgencias del Hospital Severo Ochoa, en Leganés, Madrid.

Disponer de biomarcadores ultrasensibles permitirá hacer diagnósticos concretos en síndrome coronario agudo

do a un novedoso estudio, que acaba de finalizar, basado en el seguimiento de una cohorte con insuficiencia cardíaca (IC) aguda en urgencias y que ha evaluado el pronóstico y la supervivencia a los cinco años en este tipo de pacientes. La hipótesis preliminar sugiere un pronóstico peor de lo que habitualmente se asume.

Están también en marcha trabajos con biomarcadores en cardiopatía isquémica, "fundamentales para mejorar el proceso diagnóstico del paciente con dolor torácico, aspecto que en urgencias es vital". En esta línea se encuadra el estudio multicéntrico *Tusca* (troponina

ultrasensible en el síndrome coronario agudo), cuyos primeros datos se enviaron al Congreso de la Academia Nacional de Bioquímica de Estados Unidos, "y que indican que la troponina ultrasensible es un marcador útil que va a mejorar el diagnóstico, ya que aumenta la sensibilidad y especificidad de la troponina de corta generación. Para urgencias será muy importante porque evitará diagnósticos incorrectos y ningún paciente será dado de alta con una lesión cardíaca".

Otro biomarcador, la coceptina, es objetivo del estudio *Coped*, con el que se intentará mejorar el valor pre-

dictivo negativo de estos pacientes, para "rebajar, según marcan las guías, la incertidumbre por debajo de un 10 por ciento".

El estudio español *Hermés-AF*, coordinado también desde el Severo Ochoa y que contará con la participación de más de cien hospitales, se ocupará de observar el manejo en los servicios de urgencias y, sobre todo, las perspectivas de manejo al alta. "Es decir, cómo dejamos al paciente para el futuro, con un seguimiento para su pronóstico de un año. Se trata de analizar qué ocurre en ese año, si el paciente tiene más mortalidad o morbilidad o si ingresa más veces, y especificar si ha influido y cómo el manejo de la fase aguda a largo plazo".

Mejorar el largo plazo

Según el especialista, con este trabajo se da un paso más en el manejo de la fibrilación auricular, del perfil del paciente y, sobre todo, de las condiciones asociadas, "ya que la enfermedad no es una isla, al menos, en urgencias. Estos pacientes, fundamentalmente mujeres, suelen presentar hipertensión arterial, menopausia o diabetes. Así, el manejo debe ser conjunto si lo que se pretende es mejorar su pronóstico. Este será un estudio que analice el papel de las urgencias en la enfermedad aguda para una perspectiva futura adecuada".

NEUROLOGÍA ESTUDIO OBSERVACIONAL

El Epstein-Barr se puede asociar con el desarrollo de esclerosis múltiple

■ Redacción

El virus de Epstein-Barr (VEB) es uno de los factores ambientales que podrían desencadenar la esclerosis múltiple. Así lo han sugerido científicos de la Universidad de Granada, quienes han analizado la presencia de este virus en enfermos con esclerosis múltiple, mediante el estudio del índice de anticuerpos, es decir, los anticuerpos que son producidos en el interior del sistema nervioso central y que por lo tanto podrían estar directamente implicados en el desarrollo de la esclerosis múltiple. No se conoce la causa que provoca la enfermedad, aunque parece existir cierta susceptibilidad genética en los individuos que la padecen, asociada a factores ambientales que podrían desencadenar la enfermedad.

Pese a que varios estudios han intentado determinar cómo la infección por el virus de Epstein-Barr se podría considerar un factor de riesgo para desarrollar la esclerosis múltiple, los científicos granadinos han realizado un metanálisis de estudios observacionales de casos y controles, cuyo fin es determinar esta asociación.

Además, en un grupo de pacientes con esclerosis múltiple (76 afectados), y en otro de 75 sin afectación se buscó un patrón dirigido a asociar el virus y la esclerosis múltiple. Se determinó la presencia de anticuerpos frente a los antígenos del virus, sintetizados en el sistema nervioso central, así como la detección de ADN viral

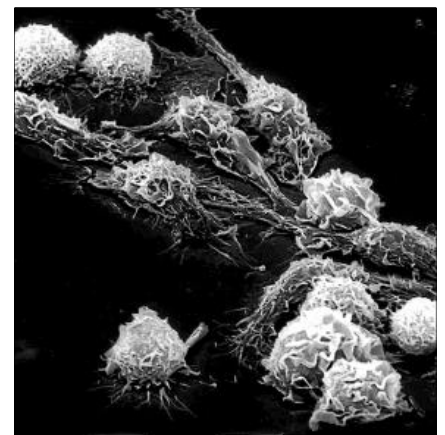
para investigar el índice de anticuerpos frente al VEB en el sistema nervioso central y la presencia de ADN de VEB, respectivamente.

Los autores del trabajo, en el que participa Olivia del Carmen Santiago Puertas, del Departamento de Microbiología de la Universidad de Granada, y colaboran José Gutiérrez Fernández, Antonio Solórzano Puerto y Óscar Fernández Fernández, han obtenido una asociación estadísticamente significativa entre la infección vírica y la esclerosis múltiple, a partir de la detección de marcadores que, fundamentalmente, indican infección pasada y no con los que indican infección reciente o reactivación.

Más factores

Olivia del Carmen Santiago afirma que, debido a que todavía se desconocen los factores que desencadenan esta enfermedad, "es importante empezar a estudiarlos y, si es posible, desarrollar algún tipo de profilaxis".

En el estudio se ha encontrado asociación con ciertos marcadores de infección del virus, "pero para poder obtener una conclusión definitiva es necesario que se desarrollen nuevas investigaciones con más pacientes y en las que se utilice la combinación de varias técnicas microbiológicas". También hay que valorar la situación clínica del paciente, incluso años antes de la aparición de los primeros síntomas de la esclerosis múltiple.



Virus de Epstein-Barr.

ANÁLISIS MUNDIAL DE LA FA EN URGENCIAS

El Severo Ochoa, cuyo servicio de urgencias es la referencia para este tipo de estudios, también coordina el informe mundial sobre fibrilación auricular (FA) *Rhythm-AF*, bajo la dirección de Alfonso Martín en España y se acompaña de la novedad de que por primera vez se incluye a la urgencia en un trabajo de estas características. Se plantea reclutar a unos 5.000 pacientes con FA en Europa y Australia para conocer el manejo de la fase aguda y el pronóstico a corto plazo de esta enfermedad. "En otros países, el análisis se realizará

desde un punto de vista cardiológico, por lo que la novedad es la entrada de la urgencia española en un estudio de estas características". Según Martín, lo esencial es que las rutas convencionales de asistencia han cambiado, por lo que las urgencias son servicios muy requeridos. Así, la patología típica de una unidad de arritmias se aborda en urgencias de forma muy frecuente. Se calcula que la FA supone casi un 4 por ciento de las urgencias médicas generales, casi cinco FA al día, y con una "prevalencia que será creciente".

CIRUGÍA TORÁCICA EN PACIENTES CON UN PROCESO NEOPLÁSICO

Podómetro, clave antes de extirpación pulmonar

➔ En el Complejo Asistencial de Salamanca están trabajando con podómetros como pruebas previas a cirugía en pacientes con cáncer de pulmón a los que se les ha indicado una resección pulmonar.

■ Alejandro Segalás Salamanca

El Servicio de Cirugía Torácica del Complejo Asistencial de Salamanca ha demostrado que la distancia media diaria recorrida por el paciente tiene una alta correlación con el consumo máximo de oxígeno por minuto (VO₂ máx) y se puede construir un modelo muy predictivo utilizando la distancia media y la difusión de CO (DLCO), según ha explicado a DIARIO MÉDICO el jefe del servicio salmantino, Gonzalo Varela.

Las líneas básicas del trabajo, que se publica en *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, ponen de relieve que el grupo de investigadores salmantinos ha hecho un diseño prospectivo para comparar dos pruebas pronósticas en una población de pacientes con indicación de resección pulmonar por cáncer. Por un lado, una prueba es el consumo máximo de oxígeno por minuto (VO₂ máx) y la otra es la medición de la distancia recorrida habitualmente por el paciente durante las semanas previas a la operación con un podómetro sencillo, aunque bien calibrado.

La medición del VO₂ máx se hace en el laboratorio de función pulmonar en una situación de esfuerzo máximo estimulado por el personal del laboratorio. No obstante, aunque un paciente alcance

Es preciso evaluar una serie de casos más numerosa para excluir pacientes del tratamiento quirúrgico con los resultados de la prueba

un ejercicio máximo es muy probable que en condiciones basales sea más sedentario y eso facilite las complicaciones a largo plazo en su domicilio, después de la cirugía, a juicio del jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Complejo Asistencial de Salamanca.

Adaptación

Los investigadores salmantinos destacan que, aunque entre las ventajas está el ahorro económico que puede suponer, el principal objetivo que han buscado es una prueba adaptada a la vida diaria de los pacientes. Por otra parte, pocas unidades de función pulmonar disponen de la tecnología para hacer una prueba de VO₂ máx, que es la que, hasta ahora, mejor predice el riesgo de muerte después de la resección pulmonar.

La investigación ha sido ideada y diseñada por Nuria Novoa y Gonzalo Varela con la colaboración de Marcelo Jiménez, del Servicio de Cirugía Torácica. Precisamen-

te, Novoa por este trabajo ha sido galardonada con el premio Brompton 2009 que otorga la Sociedad Europea de Cirugía Torácica, uno de los de mayor prestigio del mundo en el campo del tratamiento de las patologías respiratorias.

La financiación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y de la Fundación Respira ha sido determinante en la puesta en marcha del proyecto. Las pruebas de VO₂ máx las ha realizado Jacinto Ramos, del Servicio de Neumología del Complejo Asistencial de Sa-



Gonzalo Varela.



Marcelo Jiménez.



Nuria Novoa.

lamanca.

No obstante, Gonzalo Varela ha recalado que es preciso evaluar una serie de casos más numerosa para excluir pacientes del tratamiento quirúrgico con los resultados de la prueba. Se está aumentando la cohorte de pacientes y se espera llegar al centenar para disminuir la variabilidad de los resultados obtenidos. "Además, podría ser una medida sencilla que detecte qué pacientes no precisan una

prueba de alta tecnología (VO₂ máx) aunque sus volúmenes pulmonares no sean buenos. También permitiría distinguir a los pacientes que se beneficiarían de un periodo de fisioterapia respiratoria previo a la cirugía de cáncer de pulmón para mejorar los problemas derivados de su sedentarismo", ha asegurado Varela.

Los procesos previos a la publicación del trabajo se han desarrollado en el Hospital Universitario de Sala-

manca con 50 pacientes y su propósito es aportar en el futuro a los facultativos una prueba diagnóstica sencilla y económica para predecir y evitar las complicaciones graves derivadas de las operaciones de cáncer de pulmón.

El objetivo es que en la fase preoperatoria el paciente se lleve un podómetro para medir su actividad física en relación con el riesgo en la intervención de cáncer de pulmón.

MEDICINA INTERNA LESIONES VASCULARES

La endoglina muestra la HTA en diabéticos con más riesgo

■ Redacción

Un estudio que se publica en *BMC Medicine* y cuya primera autora es Ana Blázquez-Medela, del Instituto Reina Sofía de Investigación Nefrológica de la Universidad de Salamanca, muestra que la endoglina es un indicador de hipertensión y de diabetes asociada a patologías vasculares, disfunción endotelial y daño cardiovascular.

Para llegar a esta conclusión, los investigadores han analizado a 288 pacientes: 64 con diabetes tipo 2, 159 con hipertensión y 65 sanos.

Analizaron la relación de los niveles plasmáticos de endoglina soluble medidos por un análisis inmunoabsorbencia similar a enzimas con glucemia basal, hemoglobina glucosilada, presión arterial, función endotelial, retinopatía diabética, hipertrofia ventricular izquierda, riesgo cardiovascular y daño en órganos diana.

Se estableció que los niveles de endoglina eran más altos en los diabéticos con hipertensión y con retinopatía. Además, se asociaba a menor presión sistólica nocturna.

ORGANIZA **DIARIO MEDICO** 2.0 FUNDACIÓN PATROCINA

CURSO ON-LINE **ferrer HealthCare**

Aplicación clínica de la Fitoterapia en afecciones respiratorias y ORL

Del 21 de Febrero al 30 de Abril 2011

Módulo 1: Fitoterapia: Concepto y ámbito de aplicación. Fuentes de información. Particularidades de los medicamentos fitoterápicos. Criterios de calidad, seguridad y eficacia.

Módulo 2: Fitoterapia de afecciones respiratorias. Plantas con actividad antiinfecciosa, mucolítica, expectorante, antitusígenas, etc. Tratamiento fitoterápico de resfriados, tos, bronquitis, disfonías.

Módulo 3: Modificadores de la resistencia inespecífica. Plantas medicinales inoestimulantes. Plantas medicinales adaptógenas.

Módulo 4: Fitoterapia pediátrica en afecciones respiratorias, oftalmológicas y ORL.

Módulo 5: Fitoterapia en la práctica clínica de afecciones de las vías respiratorias superiores. Casos clínicos.

CURSO GRATUITO

Abierto plazo de inscripción hasta el 1 de Abril

Avalado por:

infito
Centro de Investigación sobre Fitoterapia

Solicitada acreditación a la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

Información y matrículas en: 902 99 67 77 y en www.diariomedico.com

Unidad Editorial

Ver ficha técnica en pág. 12



Pulmón de un paciente fumador con enfisema.

NEUMOLOGÍA REGULA LA CONDUCTANCIA TRANSMEMBRANA EN LA FIBROSIS QUÍSTICA

La proteína CFTR, implicada en neumopatías crónicas

➔ La proteína CFTR (siglas de reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), implicada en este trastorno neurológico, también regula la inflamación y muerte celular en enfisema y podría ser responsable de

otras enfermedades pulmonares crónicas. Esta es la conclusión de un estudio realizado por el Centro Infantil Johns Hopkins, en Baltimore, que se publica en el último número de *The Journal of Immunology*.

FICHA TÉCNICA. KALOBA® gotas orales (20 / 50 / 100 ml). **1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** KALOBA® gotas orales. Extracto de Pelargonium sidoides. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Sustancia activa: 10 g (= 9,75 ml) de solución contienen 8,0 g de extracto de raíz de Pelargonium sidoides (1 : 8 - 10). (EPs® 7630) con un contenido en etanol de 11% m/m. Excipientes por ml de solución (ver sección 6.1): Etanol 11% (m/m) que se corresponde con 0,090 g. Glicerol 0,174 g. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Gotas orales en solución. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Medicamento tradicional a base de plantas para el alivio del resfriado común basado en el uso tradicional. **4.2 Posología y forma de administración.** Adultos y adolescentes mayores de 12 años: ingerir 30 gotas 3 veces al día. Niños de 6 a 12 años: ingerir 20 gotas 3 veces al día. Niños de 2 a 5 años: ingerir 10 gotas 3 veces al día. Las gotas se deben tomar con algún líquido por la mañana, mediodía y noche. **Duración del tratamiento.** La duración recomendada del tratamiento es de 7 días, se puede continuar con el tratamiento 2-3 días para prevenir recaídas. El tratamiento no debe exceder de 2 semanas como máximo. **4.3 Contraindicaciones.** KALOBA® gotas orales no debe utilizarse en casos de hipersensibilidad a la sustancia activa o al excipiente. KALOBA® gotas orales no debe ser utilizado en caso de enfermedades hepáticas y renales severas, **debido a que no se dispone de información clínica suficiente en estos casos.** **4.4 Advertencias y precauciones especiales de uso.** Los niños menores de 2 años no deben ser tratados con KALOBA® gotas orales ya que no existe suficiente información clínica para su utilización en este grupo de edad. En el prospecto se advierte al paciente de que consulte al médico en el caso de que sus síntomas no mejoren en una semana, en caso de fiebre permanente o en caso de dificultad respiratoria o espasmos sanguíneos. KALOBA® gotas orales no debe utilizarse si existe tendencia aumentada al sangrado ya que toma medicamentos inhibidores de la coagulación. Este medicamento contiene 11% (m/m) de alcohol. En posología para niños de 2 a 5 años, esta pequeña cantidad se corresponde con 45 mg de alcohol por dosis de 10 gotas (0,5 ml). En posología para niños de 6 a 12 años, esta pequeña cantidad se corresponde con 90 mg de alcohol por dosis de 20 gotas (1 ml). En posología para adultos y adolescentes mayores de 12 años, esta cantidad corresponde con 135 mg de alcohol por dosis de 30 gotas (1,5 ml). Este medicamento es perjudicial para personas que padecen alcoholismo. El contenido en alcohol debe tenerse en cuenta en el caso de mujeres embarazadas o en período de lactancia, niños y poblaciones de alto riesgo, como pacientes con enfermedades hepáticas o epilepsia. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se conocen interacciones hasta la fecha. En un estudio doble-diego control-placebo en voluntarios sanos, no se mostraron interacciones entre KALOBA® gotas orales y Penicilina V. Debido a la influencia potencial de KALOBA® gotas orales sobre los parámetros de coagulación, no puede excluirse la posibilidad de que KALOBA® gotas orales incremente el efecto de medicamentos inhibidores de la coagulación como warfarina en casos de ingestión simultánea. **4.6 Embarazo y lactancia.** La preparación no debe ser utilizada durante el embarazo y la lactancia, ya que no hay información clínica suficiente del uso en estas circunstancias. **4.7 Efectos sobre la capacidad de conducir vehículos y utilizar maquinaria.** KALOBA® gotas orales no tiene influencia en la habilidad para conducir y utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas.** Se pueden producir desórdenes gastrointestinales como dolor de estómago, acidez, náuseas o diarrea durante el tratamiento con KALOBA® gotas orales, aunque no es frecuente. En casos raros, pueden suceder sangrado leve de las endas o nariz. También se han descrito reacciones de hipersensibilidad (reacciones tipo I con exantema, urticaria, prurito en piel y membranas mucosas, reacciones tipo II con formación de anticuerpos) en casos raros. Estas reacciones también pueden ocurrir en la primera toma del producto farmacéutico. En casos muy raros, pueden ocurrir reacciones serias de hipersensibilidad como hinchazón de la cara, disnea y disminución de la presión sanguínea. En casos muy raros se observaron valores hepáticos aumentados después de la toma de KALOBA® gotas orales; la relación causal entre esta observación y la toma del producto no ha sido demostrada. **4.9 Sobredosis.** No se han descrito casos de sobredosis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** No aplicable. Grupo farmacoterapéutico: Preparados para la tos y el resfriado. Código ATC: R05. **5.1 Propiedades farmacodinámicas.** No aplicable. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** No aplicable. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** No aplicable. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1 Relación de excipientes** Glicerol 0,174 g por ml; Etanol 11% m/m, esta cantidad se corresponde con 0,09 g por ml **6.2 Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3 Período de validez.** El período de validez de KALOBA® gotas orales es de 2 años. El período de validez de las gotas orales después de la apertura del frasco es de 3 meses para el frasco de 20 y 50 ml, y de 6 meses para los frascos de 100 ml. Después de un período largo de tiempo, los extractos a base de plantas en forma líquida pueden aparecer turbios, lo que no tiene ningún efecto en la eficacia del producto, sin embargo, ya que KALOBA® gotas orales es un producto natural, pueden ocurrir pequeñas variaciones en el color y el gusto. **6.4 Precauciones especiales de almacenamiento.** No almacenar por encima de 30°C. **MANTENER FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS.** **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Frasco de vidrio marrón, clase hidrolítica III (Ph. Eur.), con dispensador de gotas y tapón a rosca (PP/PE) en tamaño de envase de 20 ml, 50 ml o 100 ml de gotas orales en solución. **6.6 Instrucciones de uso/manipulación No necesita de requisitos especiales.** Cualquier medicamento no utilizado o resto de medicamento debe eliminarse a través de las oficinas de farmacia. **7. NOMBRE Y DOMICILIO DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Dr. Wilmar Schwabe GmbH & Co. KG, Wilmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe / Alemania. **8. Nº DE REGISTRO DE LA AEMPS. 9. FECHA DE LA PRIMERA APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA / FECHA DE RENOVACIÓN.** Diciembre 2009. **10. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO.** 2010. **11. CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS DE DISPENSACIÓN.** Sin receta. MTP. **12. CÓDIGO NACIONAL.** 664331.0 (presentación de 20 ml), 664332.7 (presentación de 50 ml). **13. PRECIO.** Precio presentación de 20 ml: PVP: 6,47 €, PVP (+4% IVA): 6,73 €. Precio presentación de 50 ml: PVP: 13,88 €, PVP (+4% IVA): 14,44 €

FICHA TÉCNICA. Pika® 1. INDICACIONES: Procesos de las vías respiratorias que cursan con tos y expectoración. **2. COMPOSICIÓN.** Lactantes: Extracto fluido de Thymus vulgaris (Tomillo) 70,0 mg. Extracto fluido de Dresera rotundifolia 70,0 mg. Niños: Extracto fluido de Thymus vulgaris (Tomillo) 140,0 mg. Extracto fluido de Dresera rotundifolia 140,0 mg. Excipientes: Eucalipto, Mentaol, Sílice coloidal y masa para supositorios (mezcla de glicéridos semisintéticos). **3. POSOLOGÍA.** Niños: mayores de 12 meses: 1 supositorio niño 2 ó 3 veces al día. Lactantes: 1-2 supositorios lactante al día. **4. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.** • Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. • En el embarazo y la lactancia debe utilizarse como todos los medicamentos, bajo prescripción médica. **5. IMPORTANTE PARA LA MUJER.** Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser vigilado por su médico. **6. EFECTOS SECUNDARIOS.** No se conocen. **7. INTERACCIONES.** No se conocen. **8. INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO.** Dada la forma farmacéutica del preparado no se contempla una intoxicación por administración masiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 91 562 04 20. **9. NORMAS PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DEL PREPARADO.** Para extraer los supositorios, se debe desgarrar la tira de aluminio por la muesca que se señala en el gráfico. Las variaciones en la coloración de los supositorios, que pueden observarse entre distintos lotes de la especialidad, son debidas al origen natural de los extractos de tomillo y dresera. **10. PRESENTACIÓN Y PRECIO.** Envase conteniendo 12 supositorios para NIÑOS C.N. 666214.4 PVP 4,43€ PVP + IVA 4,61€. Envase conteniendo 12 supositorios para LACTANTES. C.N. 666206.9 PVP 4,43€ PVP + IVA 4,61€. **11. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN.** Sin receta médica, EXO.

FICHA TÉCNICA. PROSPANTUS® 1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. PROSPANTUS® jarabe. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Composición por 2,5 ml de jarabe: 17,5 mg de extracto seco etanolico al 30% p/p de hojas de Hedera helix L. (hiedra), equivalentes a 88 - 131 mg de hojas secas de Hedera helix L. Contenido en hederacósido C: 0,875 mg. Proporción hoja seca/extracto 5-7,5:1. Excipientes: ver epígrafe 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Jarabe. **4. DATOS CLÍNICOS.** **4.1 Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento temporal de la tos que acompaña a afecciones bronquiales benignas. Facilita la eliminación del moco y modifica la tos seca en tos productiva y menos frecuente. **4.2 Posología y forma de administración.** Jarabe de administración por vía oral. Agitar bien el frasco antes de usar. La dosis habitual es la siguiente: **Adultos y adolescentes mayores de 12 años: de 5 a 7,5 ml de jarabe, 3 veces al día. Niños entre 4 y 12 años de edad: 5 ml de jarabe, 3 veces al día. Niños de 2 a 4 años: 2,5 ml de jarabe, 3 veces al día.** Se incluye vasito dosificador graduado de 2,5 a 10 ml. **4.3 Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la especialidad. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Este medicamento, por contener sorbato potásico como excipiente es perjudicial para pacientes con dietas pobres en potasio. El exceso de potasio puede producir, después de la administración oral, molestias de estómago y diarrea. Este medicamento contiene 0,96 g de sorbitol por 2,5 ml de jarabe. Puede causar molestias de estómago y diarrea. No debe utilizarse en pacientes con intolerancia a la fructosa. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** No se conocen hasta la fecha. **4.6 Embarazo y lactancia.** No se ha establecido la seguridad de esta especialidad durante el embarazo y lactancia, en consecuencia, no se recomienda su utilización en estas circunstancias. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria.** No se han descrito. **4.8 Reacciones adversas.** A la dosis y vía de administración preconizadas no se han descrito. En caso de observarse la aparición de reacciones adversas, debe notificarse a los sistemas de Farmacovigilancia. **4.9 Sobredosisación.** No se dispone de información sobre intoxicación con este medicamento. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1 Propiedades farmacodinámicas.** PROSPANTUS® contiene extracto seco de hojas de hiedra, cuyo efecto terapéutico, en enfermedades de las vías aéreas, se debe a las propiedades secretolíticas y espasmolíticas de las saponinas del grupo glucosídico que este producto contiene. Aún no se ha aclarado de manera definida el mecanismo de acción sobre el cual se basan las propiedades del extracto seco de hojas de hiedra mencionadas con anterioridad (determinadas en experimentos realizados en animales y confirmadas clínicamente). El efecto secretolítico del extracto se debe esencialmente a la naturaleza de las saponinas de los hederaglicosidos, en tanto se considera que los efectos parasimpaticolíticos de ciertos glucosidos son la base de las propiedades espasmolíticas que se ejercen, particularmente, en los bronquios inflamados. Grupo Farmacoterapéutico. ROSCA: Expectorantes, incluidos mucolíticos. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** Sin información disponible al respecto. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** En los estudios de toxicidad aguda del extracto de Hedera helix llevados a cabo en varias especies animales, no se observaron síntomas tóxicos con dosis orales de hasta 3900 mg de peso corporal o dosis subcutáneas de hasta 0,590 mg de peso corporal. En estudios de toxicidad crónica realizados con ratas Wistar, durante un período de 3 meses, se administró a los animales de ensayo extracto de Hedera helix mezclado con el alimento a una dosis media de 30-750 mg/kg de peso corporal. Se halló que se toleró bien incluso a la dosis máxima utilizada y no se detectaron lesiones en los órganos ni otras modificaciones patológicas en los animales. La única diferencia en comparación con el grupo control fue un incremento reversible del hematocrito y una disminución de la secreción de hormonas estimulantes de células intestinales (SCCH), pero sólo con dosis superiores. En consecuencia, todos los estudios de toxicidad llevaron a la conclusión de que el extracto de Hedera helix muestra muy buena tolerabilidad. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1 Relación de excipientes.** Agua purificada, sorbato potásico, ácido cítrico anhidro, sorbitol líquido cristalizante, goma xantán, esencia de cerezas. **6.2 Incompatibilidades.** No se han descrito. **6.3 Período de validez.** 3 años. Una vez abierto el envase, el período de validez será de 3 meses. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** No se precisan condiciones especiales de conservación. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** La especialidad se presenta en frascos de vidrio tipo II, de color ámbar, de 100 ml, con tapón a rosca de polipropileno, de color blanco. Dispositivo verificador de polietileno de alta densidad transparente. Vasito dosificador de polipropileno opaco e incoloro graduado en 2,5, 5, 7,5 y 10 ml. **6.6 Instrucciones de uso/manipulación.** Ver posología y forma de administración (epígrafe 4.2). **6.7 Nombre y domicilio del titular de la autorización de comercialización.** Engelhard Arzneimittel GmbH & Co. KG Herzbergstrasse 3 (Niederderfelden) D-61138, Alemania. **7. FECHA DE APROBACIÓN DE LA FICHA TÉCNICA.** Febrero de 2.005. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN COMERCIALIZACIÓN.** 66.613.9. **CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN Y REQUISITOS DE DISPENSACIÓN:** Sin receta. Medicamento publicitario. **10. CÓDIGO NACIONAL.** 650822.0. **11. PRECIO:** PVP: 4,50 €, PVP (+4% IVA): 4,68 €.

Redacción

Un equipo de investigadores del Centro Infantil Johns Hopkins, en Baltimore, ha descubierto que una proteína implicada en la fibrosis quística también regula la inflamación y muerte celular en enfisema y podría ser responsable de otras enfermedades pulmonares crónicas.

El hallazgo, que se publica en el último número de *The Journal of Immunology*, allana el camino hacia nuevos tratamientos para evitar el daño pulmonar provocado por infecciones o por el tabaquismo en enfisema.

La proteína, llamada CFTR (reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística), es conocida por su papel en el transporte del cloruro al interior y exterior de las células. En la fibrosis quística, la capacidad de la proteína transportadora de cloruro no está presente debido a las mutaciones genéticas.

Sin embargo, el nuevo estudio, coordinado por Neeraj Vij, del citado centro, ha indicado que la CFTR está implicada en la regulación y la respuesta inmune a gran escala. La investigación, realizada en ratones y en la que se ha empleado tejido pulmonar de personas con o sin enfisema, ha mostrado que aquellos sujetos con daño pulmonar por enfisema tuvieron menos CFTR en la superficie celular y que los cambios en el nivel de CFTR correspondieron directamente a la gravedad de la enfermedad.

Proteína multitarea

"Nuestros descubrimientos sugieren que CFTR es una proteína multitarea que no sólo está implicada en el transporte de cloruro sino también en la regulación de la muerte celular e inflamación mediante el control de la peligrosa acumulación de ceramida", ha señalado Vij.

Los investigadores usaron dos tipos de inhibidores de ceramida, llamados FBI y AMT, para tratar a los pacientes con daño pulmonar provocado por una infección bacteriana.



José del Piña, con Álvaro Pinho y Miguel Ángel Ruiz Agenjo.

ESTOMATOLOGÍA LA COORDINACIÓN ENTRE ESPECIALISTAS ES NECESARIA PARA EL ÉXITO

Las anamnesis y la HC, claves en odontología restauradora

➔ En cirugía de la encía, estomatólogos, cirujanos maxilofaciales y estéticos han de coordinarse, según ha señalado en un curso organizado en

Santander Claudio Pinho, director científico del centro Integrato Enseñanza Especializada, de Brasilia (Brasil).

■ Santiago Rego

Santander

Una exhaustiva historia clínica y exploración son los dos elementos principales que deben preceder a las modernas técnicas y materiales incluidos en los protocolos de estomatólogos y odontólogos que practican odontología restauradora de la boca, "que no sólo consiste en el blanqueamiento de los dientes, sino en procedimientos quirúrgicos para resolver asimetrías dentarias, diastemas interincisivos, caries cervical, fracturas y reconstrucción de fracturas, entre otros cuadros, así como en determinar dónde están los límites e indicaciones correctas para cada material".

Así se ha expresado en Santander el odontólogo Claudio Pinho, director científico del centro Integrato Enseñanza Especializada de Brasilia, para quien el estomatólogo y el dentista han de saber "con enorme detalle cuál es la historia de la boca del paciente que pide asistencia, y después de es-

Aunque la cirugía de las encías no es muy frecuente en la odontología restauradora, los implantes son bastante habituales

tudiar cómo está esa cavidad, hacer un buen diagnóstico para luego diseñar la intervención correctora", ha añadido.

Seguridad terapéutica

Pinho ha participado, en el Palacio de La Magdalena, en un curso sobre odontología restauradora organizado por el Colegio de Estomatólogos y Odontólogos de Cantabria, en el que ha puesto de relieve que, además de los modernos materiales y técnicas de cirugía, la especialidad está en condiciones de ofrecer "tratamientos muy seguros, que no sólo van a resolver algunas patologías en el interior de la boca, sino que van a mejorar, en bastantes

casos, la propia autoestima e imagen del paciente".

El experto brasileño está convencido de que el estomatólogo ha de trabajar, en determinados procedimientos, de la mano de los cirujanos maxilofaciales y plásticos: "Hay alteraciones que afectan a los aspectos faciales de la sonrisa -deformaciones en tejidos blandos faciales por traumatismos, quemaduras, alteraciones congénitas, tumoraciones, etcétera-, que son tratadas con cirugía plástica o cirugía maxilofacial", tesis que han compartido los estomatólogos José del Piña y Miguel Ángel Ruiz Agenjo, presidente y vicepresidente del Colegio de Odontólogos cántabro.

Para los especialistas, las alteraciones que afectan en cambio a los aspectos bucodentales que comprenden alteraciones dentales y periodontales, son más sencillas para el odontólogo. En cualquier caso, la coordinación entre especialidades es muy importante, han insi-

Las alteraciones que afectan a los aspectos bucodentales, como alteraciones dentales y periodontales, son más sencillas para el odontólogo

do. Según Pinho, los implantes dentales y la cirugía son los más extremos procedimientos de la odontología restauradora, ya que hay que intervenir sobre la encía. "No sólo se actúa sobre la encía para que se note menos cuando se sonríe, sino que este tipo de cirugía también se emplea para la recesión de las encías de los dientes, algo habitual cuando envejecemos y nuestras encías muestran demasiado los dientes por el paso de los años".

Alternativa

Aunque la cirugía de las encías no es excesivamente frecuente en la odontología restauradora, Álvaro Pinho ha puesto de relieve que los implantes, en cambio, son habituales. Se pueden utilizar para uno o más dientes, y los que han perdido la mayoría de las piezas, pero tienen una buena estructura ósea, se pueden valer de los implantes y la cirugía en lugar de las prótesis dentales tradicionales".

Pinho considera que los implantes, que pueden durar décadas, son más estables que las tradicionales dentaduras postizas.

TRATAMIENTOS SENCILLOS E INDOLOROS

La odontología restauradora o estética permite, a juicio de Claudio Pinho, tratamientos sencillos e indoloros que proporcionan cambios visibles en muy poco tiempo, caso de las asimetrías dentarias, diastemas interincisivos, cambios de coloración o dientes pigmentados o manchados, caries cervical en la zona del diente más cercana a la encía, que genera un aspecto desagradable, y fracturas dentarias por golpes o por bruxismo. Y

todo ello con técnicas y materiales que mejoran la salud dental y la autoestima personal. "Los procedimientos pueden ser simples, como el blanqueamiento de dientes, o abordajes más complejos, como la cirugía reconstructiva. La intensidad de tratamiento que necesite el paciente dependerá de la gravedad del daño o deformidad en la boca, pero sin olvidar que debemos hacer prevención para que el daño sea el menor posible".

ESCAPARATE

■ PRODUCTOS

DEPILACIÓN

La depilación con luz pulsada no es exclusiva de los centros de medicina estética. Desde hace unos meses está disponible un sistema, el *E-One*, que cuenta con el certificado médico de la Unión Europea. Se programa en función de la pigmentación del vello, lo que

aumenta la calidad y eficacia del procedimiento. La longitud de onda de la luz difundida mediante flash absorbe la melanina del vello. Esa luz se convierte en calor, que una vez liberado, lo destruye. Distribuye: www.e-swin.com.



■ LIBROS

REVISIÓN DE PSICOFÁRMACOS

La tercera edición de *La psicofarmacología esencial* de Stephen M. Stahl, de la Universidad de California en San Diego, aporta avances en neurobiología y desarrollos clínicos recientes que explican con renovada claridad los conceptos que subyacen al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos.

En el libro se discuten con detalle los avances clínicos en la terapia antipsicótica y antidepresiva. El material nuevo y ampliado incluye los trastornos de sueño, la obesidad, la adicción, el dolor crónico y los trastornos del control de impulsos. El texto también contiene cuatro nuevos capítulos sobre genética psiquiátrica, manejo del dolor, tratamiento de los trastornos cognitivos y de los trastornos del sueño.

El libro se ha enriquecido también visualmente con gráficos, cuyo número se ha duplicado y han sido rediseñados completamente, por lo que la obra continúa siendo el texto esencial para todos los profesionales que atienden la salud mental.

Edita: Aula Médica. Tfno: 91 358 53 22.



CASOS CLÍNICOS EN GASTROENTEROLOGÍA

En esta decimosegunda edición de *Sesiones Clínicas de Gastroenterología*, se pueden consultar diversos casos clínicos vividos por los médicos del Servicio de

Gastroenterología del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid. Se trata de 30 casos que se han presentado en las sesiones clínicas de los

miércoles a lo largo del año 2009. De cada una de las enfermedades tratadas, o de alguno de sus aspectos específicos, se hace una revisión actualizada. Víctor F. Moreira Vicente, jefe de sección y profesor asociado de la Universidad de Alcalá de Henares, es el coordinador. Se presta atención a enfermedades como colitis isquémica, infecciones bacterianas en cirróticos, alteraciones hepáticas propias del embarazo, síndrome de robo arterial en pacientes trasplantados y colecistitis aguda litiasica. Editado: EdikaMed. Tfno: 93 454 96 00.



CARDIOLOGÍA EL HOSPITAL DE SAN PABLO ESTUDIA LA BASE HEREDADA

En busca de los genes del aneurisma abdominal

➔ Desde hace años se sabe que una historia familiar positiva en primer grado aumenta el riesgo de aneurisma aórtico abdominal unas diez veces, lo que ha motivado el estudio de las bases genéticas de la enfermedad.

■ **Karla Islas Pieck** Barcelona

El aneurisma aórtico abdominal (AAA) es una patología con un componente de heredabilidad muy elevado; no obstante, su base genética prácticamente se desconoce hoy por hoy, según ha comentado a DIARIO MÉDICO José Manuel Soria, de la Unidad de Genómica de Enfermedades Complejas del Instituto de Investigación Biomédica (IIB) del Hospital de San Pablo, en Barcelona.

Según la información que consta en la literatura científica, tener una historia clínica positiva de AAA en familiares de primer grado aumenta el riesgo de desarrollar esta enfermedad hasta en diez veces. Además, un trabajo reciente realizado en gemelos ha reportado que la heredabilidad de esta patología alcanza el 71 por ciento.

Actualmente, uno de los grandes objetivos en este campo consiste en identificar la base genética de dicha enfermedad cardíaca, con lo que se podría estratificar el riesgo de la población y sería de gran utilidad para identificar a los afectados antes de que se manifiesten los síntomas.

Con este objetivo, el IIB San Pablo ha puesto en marcha el proyecto TAGA (*Abdominal Aorta Aneurysm Genetic Analysis: Triple-A Genetic Analysis*), codirigido por Soria y por Luis Vila, del laboratorio de Angiología y Biología Vascular e Inflamación de este centro de investigación catalán.

Se trata de un trabajo de carácter traslacional en el que participan también los grupos clínicos encabezados

por José Román Escudero, del Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular; Vicente Plaza, del Servicio de Neumología; y Juan Carlos Souto, del Servicio de Hematología del Hospital de San Pablo, además de un grupo de investigación básica dirigido por José Martínez-González, del Centro de Investigación Cardiovascular de Barcelona.

Soria ha detallado que el AAA se considera una patología compleja, ya que no obedece al esquema de herencia mendeliana simple, sino a la suma de múltiples variaciones genéticas y su interacción con los factores ambientales, que es lo que determinaría en cada individuo el grado de susceptibilidad a padecer la enfermedad. "De los factores no genéticos ya conocemos algunos, por ejemplo el tabaco, que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad".

Primas hermanas

Casi la mitad de los pacientes que presentan AAA también padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y hasta un 7 por ciento de los pacientes con esta enfermedad respiratoria están afectados por un AAA, lo que hace pensar en la posibilidad de que exista una posible patogenia inflamatoria común.

Al respecto, una de las hipótesis se basa en que la activación de la inflamación y de la homeostasis, en respuesta a una posible agresión externa en sujetos genéticamente susceptibles, podría ser, al menos en parte, la causa de ambas enfermedades.

Un reciente estudio realizado en gemelos ha informado de que la heredabilidad del aneurisma aórtico abdominal alcanza el 71 por ciento



Arriba, José María Romero, José Manuel Soria, José Román Escudero, Juan Carlos Souto y Olga Solá; abajo, Jaume Dilme, José Martínez y Vicente Plaza.

Casi la mitad de los casos de aneurisma aórtico abdominal presentan EPOC, lo que hace pensar en una posible patogenia inflamatoria común

"Una de las características que definen a este proyecto es que vamos a estudiar familias y hasta ahora esto no



Luis Vila, del laboratorio de Angiología y Biología Vascular del Instituto de Investigación Biomédica San Pablo, de Barcelona.

se había hecho", ha indicado el investigador.

En este momento ya está aprobado el protocolo clínico y en las próximas semanas se comenzará a reclutar a los participantes: "Ya tenemos las primeras familias seleccionadas y hemos contactado con ellas".

El proyecto cuenta con la financiación de la Fundación de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular y el apoyo de la Red

Ya está aprobado el protocolo y en las próximas semanas se comenzará a reclutar a las familias participantes, que ya han sido seleccionadas

Temática de Investigación Cardiovascular (Recava) del Instituto de Salud Carlos III, que aporta investigadores.

REUMATOLOGÍA

Un extracto de la piel de granada protege de la artrosis

■ **Redacción**

Una investigación, cuyo primer autor es Zafar Rasheed, de la Universidad de Cleveland, que se publica en *Arthritis Research and Therapy*, indica que el extracto de piel de granada podría retrasar el avance de la artrosis, pues inhibe la actuación de varias enzimas y proteínas de la ruta de señalización regulada por IL1b, efectos protectores de la degradación del cartilago articular en la artrosis.

La piel de granada inhibe la actuación del complejo proteína ligando-proteína receptora IL1b-IL1R1 y disminuye la activación de MYK3. También actúa sobre la actividad de esta enzima y retarda la activación de la p38-MAPKa. Asimismo, controla la actividad de dicha enzima y reduce la proteína factor de transcripción RUNX de tipo dos (RUNX2).

En el estudio también se ha demostrado que entorpece el enlace al ADN y la consecuente expresión de metaloproteasas degradantes de la matriz extracelular (MMP).

Estos resultados se han obtenido utilizando técnicas bioquímicas como electroforesis de proteínas seguida de electrotransferencia e inmunoprecipitación, amplificación de ADN mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR), transfección con ARN interferente de pequeño tamaño (siRNA) e inmunoensayos enzimáticos (Elisa).

Flumil
Sobres granulados
Acetilcisteína

de 200 mg cada 8 horas. **Niños entre 2 y 7 años:** La posología habitual recomendada es de 300 mg de acetilcisteína al día por vía oral, en 3 tomas de 100 mg cada 8 horas. **Niños hasta 2 años:** La posología habitual recomendada es de 200 mg de acetilcisteína al día por vía oral, en 2 tomas de 100 mg cada 12 horas. **Complicaciones pulmonares de la fibrosis quística.** La posología habitual recomendada para la acetilcisteína en estos casos es la siguiente: **Adultos y niños mayores de 7 años:** De 200 a 400 mg de acetilcisteína cada 8 horas. **Niños de 2 a 7 años:** 200 mg de acetilcisteína cada 8 horas. **Niños hasta 2 años:** De 100 a 200 mg de acetilcisteína cada 12 horas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad reconocida a la acetilcisteína. **Pacientes con vómitos gastrointestinales.** **Pacientes asmáticos o con insuficiencia respiratoria grave,** ya que puede incrementar la obstrucción de las vías respiratorias. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** La eventual presencia de un leve olor sulfuroso no indica la alteración del preparado, si no que es propia del principio activo. **Las especialidades Flumil 200 mg granulado, Flumil Infantil 100 mg granulado y Flumil Forte 600 mg comprimidos efervescentes contienen sorbitol.** Las personas afectadas de fenilcetonuria tendrán en cuenta que cada sobre de Flumil 200 mg y Flumil Infantil 100 mg contiene 14 mg de fenilalanina y cada comprimido efervescente de Flumil Forte 600 mg, 11 mg de fenilalanina. **Flumil Forte 600 mg comprimidos efervescentes** contiene 137 mg de sodio por comprimido, lo que debe ser tenido en cuenta en pacientes con dietas bajas en sodio. **Por contener hidrobenceno de metilo (E216), p-hidrobenceno de propilo (E218), Flumil 2% solución oral y Flumil 4% solución oral pueden provocar reacciones alérgicas.** **Flumil 200 mg granulado para solución oral, Flumil Infantil 100 mg granulado para solución oral y Flumil 4% solución oral contienen sorbitol.** Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción a la glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa e isomaltasa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No se han detectado interacciones e incompatibilidades con otros medicamentos, aunque se recomienda no asociar con antifúngicos o con medicamentos que disminuyen las secreciones bronquiales (atropina). **Embarazo y lactancia:** **Embarazo:** Aunque los estudios llevados a cabo en animales no han evidenciado potencial dolo fetal, se recomienda la administración de acetilcisteína bajo supervisión médica durante el embarazo. **Lactancia:** Dado que se desconoce el paso de la acetilcisteína a través de la leche materna, se recomienda su administración bajo supervisión médica durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se han descrito. **Reacciones adversas:** **Gastrointestinales:** Frecuentes (>1/10, <1/100): Náuseas. Raras (<1/1.000, <1/10.000): Diarrea, vómitos, dolor abdominal, deposita. **Piel y reacciones de hipersensibilidad:** Poco frecuentes (>1/100, <1/1.000): Urticaria. Muy raras (>1/10.000): Hipersensibilidad, broncoespasmo. **Sistema nervioso central:** Raras (>1/1.000, <1/10.000): Cefalea, migraña. **Otros:** En muy raras casos puede producirse irritación y sensibilidad. **Sobredosis:** La acetilcisteína ha sido administrada en el hombre a dosis de hasta 500 mg/kg/día sin provocar efectos secundarios, por lo que se puede reducir la posibilidad de intoxicación por sobredosisación de este principio activo. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **INSTRUCCIONES DE USO/MANIPULACIÓN.** El granulado para solución oral de los sobres y los comprimidos efervescentes se tienen que disolver en un vaso de agua. Se obtiene así una solución de sabor a naranja (los sobres) o limón (los comprimidos efervescentes) que puede ser bebida directamente del vaso. La dosis de solución oral es de 2% (10 ml) y al 4% (15 ml) se ingiere directamente una vez diluida con el vaso dosificador, y se debe beber un vaso de agua o cualquier otro líquido a continuación. **PRESENTACIONES Y PRECIOS.** **FLUMIL INFANTIL 100 mg granulado para solución oral:** Envase con 30 sobres, PVP: 4,80 €, PVP IVA: 5,00 €. **FLUMIL 200 mg granulado para solución oral:** Envase con 30 sobres, PVP: 2,75 €, PVP IVA: 2,86 €. **FLUMIL FORTE 600 mg comprimidos efervescentes:** Envase con 20 comprimidos efervescentes, PVP: 3,30 €, PVP IVA: 3,43 €. **FLUMIL 2% solución oral:** Frasco de vidrio tapado con 200 ml de solución, PVP: 3,00 €, PVP IVA: 3,12 €. **FLUMIL 4% solución oral:** Frasco de vidrio tapado con 200 ml de solución, PVP: 3,00 €, PVP IVA: 3,12 €.

Zambon

Toda la formación en tus manos.

Nuevas herramientas para hacer crecer tus conocimientos.

DIARIO MEDICO formación 2.0

Desde 2004, más de 84.000 médicos se han registrado en los cursos del líder de la formación médica on-line en España.

Al igual que ellos, nosotros también hemos crecido. Por eso somos pioneros en ofrecer la Web 2.0 para una formación aún más multimedia e interactiva.

Entra en la Nueva Formación 2.0 de Diariomedico.com y descubre otra forma de aprender y compartir conocimientos.

Wiki - Documentación multiformata - Agenda personalizada - Foros - Chat - Videconferencia - Multimedia.

Aprender es ir más allá

▶ CURSOS ON-LINE

▶ www.diariomedico.com

▶ teléfono de atención al alumno 902 996 777

- ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA
"Utilidad y necesidad en la práctica clínica" **5,1 créditos**
- NUTRICIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO **3,9 créditos**
- ALGORITMOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS
EN TUMORES DIGESTIVOS **5,7 créditos**
- LOS PROBIÓTICOS : ALIMENTOS FUNCIONALES **4,7 créditos**



[EL REPORTAJE DEL DÍA]

NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN Hay veces que la forma de funcionar mejor parece tan clara que es obligado preguntarse por qué no se ha hecho antes. La cuestión es que las cosas suelen verse cuando se tienen delante. El Hospital del Henares ha desarrollado uno de estos modelos que

hacen preguntar cómo no se ha hecho antes. Los profesionales de Medicina Intensiva de Coslada no han tomado las paredes de su servicio como algo intraspasable, sino que han querido que su actividad se extendiera a todo el hospital para que el paciente grave esté controlado en todo momento.

Una UCI que sigue al paciente allí donde vaya

■ David Rodríguez Carenas

"La clave es hacerlo todo, y de forma precoz". Aunque las 203 líneas de este reportaje se podrían resumir en esta frase -de dos líneas-, Federico Gordo, jefe del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital del Henares, en Coslada, y autor de esas dos líneas, y Teresa Mozo, médico adjunto del servicio, han explicado más a fondo en qué consiste el nuevo concepto de unidad de cuidados intensivos que han desarrollado en la localidad madrileña.

El servicio sigue siendo una UCI, pero su concepción ha cambiado gracias al programa de detección en todo el hospital de enfermedades graves. "Se trata de hallar al enfermo grave de forma precoz para intervenir antes", concreta Mozo. Esta forma de trabajar se ha conseguido con programas como el código sepsis y el de extraUCI y se resume en una actuación precoz y en todo el hospital, más allá de la UCI. En lo que a la detección de infecciones graves se refiere, el código sepsis se centra sobre todo en enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica con síndrome coronario agudo y sepsis graves.

"Se ha demostrado que la detección precoz es beneficiosa en eventos como los accidentes cerebrovasculares", recuerda Mozo. "Definimos criterios de gravedad para los enfermos sépticos -sobre todo en Urgencias, Servicios Quirúrgicos y Medicina Intensiva- y además seguimos a la población de riesgo". Por ejemplo, en Urgencias se realizan sesiones con el médico responsable y se decide si se lleva a cabo una intervención determinada. "Ahora nos encontramos en la fase de detectar parámetros analíticos de gravedad para que el programa informático halle las anomalías a través de la aplicación de Siemens *Selene*. A partir de ahí es cuando se actúa, hablando antes con el médico responsable".

Para lograr la detección precoz hay que trabajar con otros servicios. Así se consigue otro objetivo, que es vi-



Federico Gordo, Cecilia Hermoso, médico adjunto de Medicina Intensiva, y Teresa Mozo, con la cartelería del código sepsis.

"Se ha visto que el intensivista no sólo puede actuar en la UCI sino que puede adelantar su trabajo en otros servicios", afirma Federico Gordo

tar la entrada de algunos pacientes en la UCI.

El intensivista sale

"Antes éramos servicios cerrados, pero se ha visto que el intensivista no sólo puede actuar en la UCI sino que puede adelantar su trabajo en otros servicios. Y cuando los pacientes salen del servicio les podemos seguir la pista gracias al sistema informático", afirma Gordo, que reconoce que este concepto, en el que la intervención de los intensivistas se extiende fuera de la UCI, surge de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias (Semicyuc) y, junto al código sepsis, se está teniendo en cuenta en otros hospitales como el Marqués de Valdecilla, en Santander, y Son Llàtzer, en Palma de Mallorca.

Pero ¿dónde surge la necesidad de cambiar de modelo? "Antes era cerrado, lo cual era positivo en fallo

Datos de la UCI en 2009

Pacientes	Número
- Pacientes en observación	2.526
- Pacientes identificados por programas extra UCI	1.960
- Intervención real por UCI	793
- Patología de la intervención respiratoria	35% insuf. respiratoria 18% sepsis 13% c- Isquémica
- Llamadas a UCI desde observación por emergencias (no identificadas por Extra-UCI)	29 en un año
- Paradas cardíacas en observación	0 en un año

Fuente: Hospital del Henares

multiorgánico y situaciones críticas. Sin embargo, con los nuevos programas se intenta que el paciente ni siquiera llegue a esas situaciones. Por ejemplo, el fallo renal agudo con diálisis tiene una mortalidad alta, menor si se trata -por los biomarcadores- antes de que llegue el fallo grave", detalla Gordo. "En nuestro caso, el servicio extendido de UCI se beneficia de la relación con otros servicios del centro y por los sistemas y conocimientos informáticos". He aquí dos de las claves del cambio.

"Las aplicaciones informáticas han sido una tradición en Medicina Intensiva", puntualiza Mozo. "Gracias a Se-

lene y a las posibilidades de la historia clínica electrónica ya no tenemos que ir a otra unidad para conseguir la información. Además, con el Servicio de Farmacia se hace una discriminación informática de determinados parámetros más elevados de lo normal. Así obtenemos intervenciones con mejor pronóstico", añade Gordo. Farmacia está haciendo la validación transversal de la medicación con un sistema informático que detecta la medicación y las posibles interacciones. "Esto mejora la seguridad del paciente y la colaboración interservicios".

La colaboración no es ex-

clusiva con Farmacia. En palabras del jefe de Medicina Intensiva, "hay especialidades transversales, como Medicina Interna e Intensiva y Cirugía General", y de ese apoyo quien más se beneficia es el paciente.

Resultados

No obstante, tras casi tres años desde la puesta en marcha del Hospital del Henares y de esta nueva UCI, la estrella podrían ser los resultados: durante 2009 no se produjo ninguna llamada por parada cardíaca en Observación (ver cuadro) y el grado de cumplimiento aumenta según pasa el tiempo.

Todo esto se complementa con el grado de satisfacción de los propios profesionales del servicio y de otros servicios (ver apoyo). Y sirve de acicate para seguir adelante.

Por tanto, continuar con el modelo es sencillo, según Gordo. "El resto de especialidades nos demandan esta

LOS OTROS

Decir que uno funciona bien es sencillo. La cosa puede cambiar cuando son otros afectados los que hablan. No es éste el caso.

La confirmación de la benevolencia del modelo de la UCI del Hospital del Henares la aporta Regino Serrano, jefe de Medicina Interna y Urgencias del centro: "Nos ha ayudado mucho desde el principio, no sólo por la coordinación entre servicios que aporta sino también porque resulta más eficiente". Serrano ha destacado que se detectan de forma precoz procesos potencialmente graves que podrían no detectarse. "También hay cosas que podrían no habérsenos ocurrido. No se nos escapa nada muy grave, y sin perder el tiempo en la toma de decisiones". Además, se evitan ingresos y se dirige al paciente directamente al enfermo donde debe, "sin dar vueltas". El modelo asumido por la UCI "nos agiliza mucho y con un importante número de pacientes en un año".

actividad; sube la carga de trabajo, pero el paciente sale beneficiado". ¿Más carga de trabajo implica cambios desde arriba? El jefe del servicio aclara que de momento no, pero "estamos en reuniones con la Comunidad de Madrid y con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que se han mostrado muy interesados".

Gordo explica que "lo que pretendemos es llegar a ser algo parecido al médico hospitalario de Estados Unidos, que tiene muchas competencias y se encarga del paciente de forma global". Pero aclara: "Antes que pensar en otros proyectos futuros, tenemos que implantar más todo el proyecto actual".

EMPRESAS

Cáncer, vacunas y biotecnología, alternativas para Reig Jofré

► La compañía familiar española Reig Jofré cuenta con una presencia consolidada en el campo de los antibióticos, de los que produce 40 millo-

nes de dosis anuales. La producción a terceros y las nuevas áreas de investigación consolidan su proyecto para garantizar el futuro.

■ Carmen Fernández Barcelona

El grupo farmacéutico Reig Jofré, un laboratorio de capital familiar fundado en 1929 con fábricas en Sant Joan Despí (Barcelona), Toledo y Suecia, produce anualmente 40 millones de dosis de antibióticos derivados de penicilinas y cefalosporinas que se comercializan en más de 40 países. Vende fármacos propios y fabrica para terceros, y está invirtiendo también en biotecnología como parte de la estrategia para garantizar su futuro.

Según Ignasi Biosca, su consejero delegado, "estamos haciendo cosas muy interesantes y buscando aliados y socios para hacer desarrollos". La compañía ha invertido en un proyecto para cáncer de endometrio de Geadic Biotech, que está participada al 50 por ciento por Oryzon; se trata de un marcador genético para diagnóstico que está en fase clínica en un ensayo en 16 centros nacionales y que dará resultados en 2011. Con Oger Pharma también está desarrollando un antibiótico de uso tópico para infecciones generales de la piel (para prescripción médica); este proyecto está en fase II.

En otro ámbito, Reig Jofré invierte en futuras vacunas y productos biológicos como, por ejemplo, la vacuna RUTI para la tuberculosis del Hospital Germans Trias de Badalona y Archivel Pharma. En este caso, el grupo explotará la planta piloto para la fase II en Sudáfrica.

Fuera de la biotecnología, y gracias a la compra del laboratorio sueco Bioglan AB,



Ignasi Biosca expone la presencia internacional y las previsiones de Reig Jofré.

la compañía catalana está en contacto con investigadores nórdicos especializados en respiratorio para traer a España los ensayos clínicos de un nuevo fármaco para prevenir episodios de rinitis alérgica, según explica Biosca.

Estructura y desarrollo

El modelo de negocio de este laboratorio, que tiene una previsión de facturación global en 2010 de 103 millones de euros (el 30 por ciento en exportación) y una plantilla de más de 600 personas, se estructura en torno a tres divisiones: I+D-registros, servicios industriales (espera ser acreditado por la FDA estadounidense en 2011 para dar el salto a ese mercado) y farma (marcas Reig Jofré, Medea y Orra-

van). Sus medicamentos propios están destinados a dermatología, pediatría, respiratorio, antibióticos y ginecología.

En investigación propia (a la que destina el 5 por ciento de su facturación) se centra actualmente en el desarrollo de nuevos fármacos o de variaciones galénicas sobre principios activos conocidos con la finalidad de modificar su liberación, posología, conseguir nuevas vías de administración o indicaciones. También trabaja en el desarrollo de especialidades genéricas para ser licenciados y fabricados en las plantas del grupo y en el desarrollo de productos liofilizados. Reig Jofré es líder en la fabricación de productos liofilizados estériles, tanto químicos como biotecnológicos.

Este tipo de fabricación requiere tecnología muy sofisticada y el Instituto Catalán de Finanzas le concedió al grupo una ayuda para ampliar la planta específica de Sant Joan Despí, de tal manera que ha podido pasar de producir 3 millones de viales de inyectables liofilizados al año a 9 millones.

El consejero delegado del grupo ha comentado sobre la coyuntura económica actual que las decisiones adoptadas recientemente por el Gobierno español "son graves para compañías con poco músculo financiero. Tenemos que hacer el sistema sostenible, pero se necesita previsibilidad; poder prever nuestro horizonte. Las sorpresas provocan muchísima tensión y contracción de inversiones".

EL GRUPO DEVOLVERÁ PARTE DE SU COSTE A LA AUTORIDAD BRITÁNICA SI NO LOGRA OBJETIVOS

Acuerdo único de GSK para que se financie 'Votrient'

■ Redacción

La compañía británica GlaxoSmithKline (GSK) ha anunciado un acuerdo poco frecuente con el National Health Service (NHS), el servicio público de salud del Reino Unido, por el que le devolverá parte del coste de su nuevo medicamento *Votrient* -pazopanib-, para el cáncer renal, si éste no alcanza los mismos resultados

que un compuesto rival en un ensayo comparativo entre ambos.

El acuerdo es el primero de este tipo que se produce en ambas organizaciones y abre la vía a nuevas y complejas alianzas que se podrían generalizar en el citado país en su búsqueda de un sistema de salud que fije los precios de los medicamentos basándose única-

mente en su valor a partir de 2013.

En este primer modelo de colaboración, el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda desde el pasado viernes el uso de *Votrient* en el NHS, siempre que GSK fije su precio según el acuerdo, que impone de entrada un descuento del 12,5 por ciento del producto para

igualarlo con el de su competidor *Sutent* -sunitinib-, de la estadounidense Pfizer, y garantiza también un reembolso posterior por parte de GSK si *Votrient* demuestra una eficacia inferior a la de *Sutent* en un ensayo clínico cuyos resultados se conocerán a mediados de 2012. El porcentaje exacto del posible reembolso no se ha revelado.

TECNOLOGÍA ESTUDIAN LA FATIGA OCULAR

Científicos del Reino Unido aplican cámaras 3D a una intervención endoscópica

■ Redacción

Cirujanos de la Universidad de Surrey, en el Reino Unido, han realizado la que denominan como primera intervención de cirugía endoscópica 3D, para lo que han aplicado a las tradicionales cámaras endoscópicas la tecnología en tres dimensiones que se utiliza para filmar películas como *Avatar*.

Según los profesionales implicados, encabezados por David Windridge, del Centro para la Visión, el Habla y el Procesamiento de Señales de la citada universidad británica, la tecnología 3D "traslada al cirujano al interior del paciente y mejora su precisión sustancialmente".

Esta innovación quirúrgica forma parte de un estudio a larga escala sobre la fatiga de los cirujanos desarrollado entre el Royal

Surrey County Hospital y la Universidad de Surrey. En este caso concreto, el objetivo es definir cómo afecta a la capacidad de atención del médico el uso de tecnologías que pueden mejorar la agudeza visual y la observación computarizada. Este trabajo ofrece "una oportunidad única de arrojar más luz sobre dos cuestiones distintas: por un lado, la seguridad del paciente, y por otro, las funciones cerebrales humanas y el desempeño de habilidades complejas de coordinación mano-ojo".

Según Windridge, "midiendo la atención de los cirujanos mientras realizan operaciones con tecnología 3D podremos responder a algunas preguntas sobre cómo la mente humana focaliza la atención al realizar acciones complejas".



Ralph Smith, uno de los cirujanos, y David Windridge.

ANDALUCÍA NUEVO VIVERO DE CONSULTAS

El Colegio Oficial de Málaga inaugura su ampliación

■ Redacción

El Colegio de Médicos de Málaga ha inaugurado la ampliación de su sede colegial en más de 2.000 metros cuadrados tras año y medio de intensas obras. Las nuevas instalaciones albergarán el que sin duda es el proyecto estrella del colegio, el vivero de consultas Higieia, ideado para facilitar la incorporación al mercado laboral a los médicos jóvenes. Higieia contará con seis consultas médicas totalmente equipadas, así como sala de espera común.

Los médicos que accedan a Higieia tienen que superar un proceso de selección que asegure que cumplen los requisitos necesarios para poder optar a este trampolín que les ayu-

dará a poner en marcha su propia consulta. Los facultativos no podrán estar en el vivero más de tres años, que se considera el tiempo necesario para la consolidación de su consulta. Después el médico que ha crecido profesionalmente en Higieia abandonará su puesto para dejar paso a savia nueva.

Las nuevas instalaciones cuentan con un salón de congresos (con capacidad para casi 300 personas), así como diferentes salas dotadas técnicamente para dar cabida a cursos de formación, reuniones, jornadas, etc. Todas las salas tienen nombres de médicos: José Luis Oliva, Luis Barahona de Soto, Diego Muriello, Pedro Barceló y Felipe Sánchez de la Cuesta.

DOWN ESPAÑA EL ASOCIACIONISMO PERMITE MEJORAR EL APOYO A PACIENTES Y FAMILIARES

Programas de continuidad para personas con trisomía 21

➤ Desde el momento del nacimiento comienza un periodo preparativo hacia la edad adulta, donde los programas de aprendizaje e integración so-

cial son fundamentales para la consecución de una mejor calidad de vida de las personas con síndrome de Down y de sus familias.

■ Borja Castro Cervigón

La ilusión por traer un hijo al mundo es una sensación única. Los padres en vista de su paternidad construyen en un principio un futuro ficticio conformado por una serie de ideales a los que dan forma con su imaginación. Pero si esos ideales de un día para otro cambian radicalmente, esa sensación sin igual pasa a ser una elección única, una decisión difícil de tomar que ha de contar con un asesoramiento médico que presente la situación e informe de las posibilidades.

Esta es la sensación con la que a menudo se encuentran aquellos padres que durante el embarazo se enteran de que su hijo tendrá síndrome de Down.

Para los familiares la primera noticia genera una situación inesperada que provoca un fuerte impacto emocional. "En esta situación es importante que desde el primer momento se dé información actualizada y veraz, con ejemplos reales sobre las posibilidades de vida y de realización que tienen y consiguen ahora las personas con síndrome de Down, lejos de orientaciones estereotipadas o falsamente tranquilizadoras", comenta Agustín Matía, gerente de Down España.

Asociacionismo

Surge entonces, la necesidad del asociacionismo hacia un interés común. Estas instituciones trabajan a nivel autonómico y local con el fin de acortar las distancias de las personas con síndrome de Down con su entorno más cercano, pero a la vez necesitan de una centralización, representada en la Federación Española de Síndrome de Down (Down España), para realizar una presión a nivel nacional.

Actualmente esta federación aglutina a más del 95 por ciento de las entidades específicas de atención al síndrome de Down en España, con un objetivo principal basado en el desarrollo de una mejor calidad de vida tanto para la persona con este síndrome como para su familia.

Matía ha destacado como



Agustín Matía, gerente de Down España.



Niña con síndrome de Down durante una de las actividades del programa de integración.

aspectos importantes para la consecución de ese objetivo, el apoyo a sus familiares, el refuerzo de la imagen positiva de los individuos con síndrome de Down en nuestra sociedad, y el fomento de la vida autónoma e independiente del colectivo. Para ello, según ha explicado, no hay que caer en el error de dirigirse a las personas que tienen síndrome de Down como a enfermos que no lo sufren o lo padecen; simplemente son individuos que tienen la condición natural de poseer síndrome de Down. Matía ha señalado, que en los últimos 30 años en España, la situación se ha caracterizado por los cambios proporcionados por los programas de atención temprana y los apoyos realizados

desde las organizaciones de familiares, resaltando el avance médico desarrollado por parte del Programa Español de Salud para personas con síndrome de Down.

Actividades desarrolladas

En la consecución de todos estos aspectos es necesario realizar un plan de actividades que ayuden al ejercicio y puesta en marcha de ellos. De este modo, se ha de trabajar desde el mismo nacimiento mediante programas que ofrezcan una continuidad en el proceso madurativo. Tras los programas de atención temprana, es el turno de la incorporación al mundo escolar, de la logopedia, de las actividades relacionadas con la lectura y la escritura, de las adaptacio-

PROPÓSITOS

Los retos ahora apuntan hacia la garantía de una mayor independencia, que comprende: forma de vida compartida, plenitud afectiva y sexual, vida en pareja y una extensión de los puestos de trabajo en empresa normalizada, mejorando de forma colateral la percepción y aceptación social del síndrome de Down, sobre todo entre la profesión médica, y un mayor desarrollo de los estudios e investigaciones sobre el síndrome de Down en España.

HISTORIA EDITORIAL DE 'LANCET' EN 1911

Muchos problemas de salud relevantes hace cien años continúan hoy en activo

■ Redacción

El primer editorial del 2011 de *Lancet* mira 100 años atrás, hasta un editorial que publicó la revista, con el título *Las promesas de 1911*. Muchos de los temas relevantes hace cien años tienen todavía un peso similar en el siglo XXI.

Squire Sprigge, por aquel entonces director de *Lancet*, hablaba del *demonio* de la tuberculosis y comentaba sus esperanzas de que "un mejor entendimiento de la enfermedad resultará un día en su superación". En la actualidad, la tuberculosis continúa plagando a las poblaciones de los países pobres y ni siquiera ha sido erradicada completamente en los más ricos, que han visto un aumento de casos en la última década.

Los determinantes sociales de la salud, la salud ocupacional y las indemnizaciones por accidentes laborales ya estaban presentes en ese editorial, así como el poco aprecio a la homeopatía, tal y como sigue pasando hoy en día. El énfasis que se puso en la sífilis puede parecer exagerado, pero los casos registra-

dos últimamente en grupos de riesgo de países desarrollados son alarmantes.

La adicción a la cocaína ya tenía eco en 1911, así como los problemas sanitarios de Sudamérica que, como la disentería, la tuberculosis o las infecciones respiratorias, permanecen.

La importancia de modernizar la formación y educación de los profesionales está hoy tan en boga como lo estuvo hace un siglo. Incluso el llamado turismo médico era conocido por los redactores del *Lancet* original.

El editorial de 2011 también anota noticias irrelevantes ya en el mundo moderno: en ese número de hace 100 años se analizaba un nuevo *Manual de campaña para oficiales médicos*, poco antes de la 1 Guerra Mundial; un hospital del Reino Unido anunciaba la compra de una máquina de rayos X, y de Viena llegaban noticias de la buena salud general de la que gozaban sus 180.000 ciudadanos judíos, que pronto cambiaría con la ocupación nazi.

NUTRICIÓN DE VACA, SOJA O HIDROLIZADA

Diferentes leches de fórmula, diferente forma de engorde

■ Redacción

Un trabajo del Monell Center constata que el peso que ganan los niños alimentados con leche de fórmula varía dependiendo de la fórmula consumida. Esto se relaciona con la posible implicación en el riesgo del niño de desarrollar obesidad, diabetes u otras dolencias en su vida adulta. El estudio se publica en el último número de *Pediatrics*.

"Lo que ocurre en los primeros meses de vida tiene consecuencias a largo plazo y una de las más significativas es la tasa de crecimiento", afirma Julie Mennella, psicobióloga del Monell Center. "Antes sabíamos que los bebés alimentados con leche de fórmula ganan más peso que aquellos que son amamantados, pero no sabíamos si esto era aplicable a todos los tipos de fórmula".

Mientras que la mayoría de leches proceden de las vacas, otras lo hacen de la soja o de proteínas hidrolizadas, que contienen proteínas predigeridas y se emplean en niños que no toleran las proteínas intactas de las otras fórmulas.

Las proteínas predigeridas actúan en el intestino para marcar el fin de una ingesta, forzando un consumo menor de alimentos y calorías. Sobre esta base los autores consideran que los niños alimentados con fórmulas basadas en proteínas hidrolizadas comen menos y tienen un patrón de engorde diferente al de aquellos niños alimentados con fórmulas hechas con leche de vaca. Comparados con los estándares de los niños amamantados, los pequeños alimentados con fórmulas hidrolizadas ganaban peso en similar proporción.

INMOBILIARIA

Hermosilla, Bº Salamanca, venta local/oficina 300 m2, 1ª planta, diáfano, exterior, muy luminoso, aire acondicionado, calefacción central. Directamente propietario. Teléfonos: 915-766-342 y 636-836-832.

Apartamento en alquiler, Castellana, exterior, amueblado, 2 habitaciones, salón-comedor, calefacción central, aire acondicionado. Particular. Teléfono 649-595-690.

ALQUILO: CONSULTAS MÉDICAS, CUALQUIER ESPECIALIDAD. EDIFICIO LUJO. ARGÜELLES. TELÉFONO 915-439-479.

INFORMATICA

A-medic, software médico. Programa de gestión médica a un precio muy asequible. Visitenos en www.a-medic.com

SOLUCIÓN DEL SUDOKU

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

FLUJOS

ENERO

- 10 **Oncología.** Structure and function of the Smc5-6 DNA repair protein complex in yeast and mammals.

Seminario impartido por Alan Lehmann, del Genome Damage and Stability Centre de la Universidad de Sussex. Tiene lugar en el Auditorio del CNIO, en Madrid. Más información: Web: www.cnio.es

- 10-19 **Oncología.** III Curso de Investigación y Avances en Oncología en 2010.

Tiene lugar en el salón de actos del Hospital Fundación Alcorcón, de Madrid. Más información e inscripciones: Tfno. 91 621 99 18. E-mail: Lrio@fhfalcon.es. Web: www.seom.org

- 14 **Oftalmología.** Diagnóstico y tratamiento actual de los tumores intraoculares.

Organizado por el Instituto Barraquer, tiene lugar en su sede de Barcelona (Latorja, 88). Más información e inscripciones: Tfno. 93 414 67 98. Fax: 93 414 12 28. Web: www.co-barraquer.es

- 14 **Oncología.** Genomic profiling of B-cell tumors.

Seminario impartido por Francesco Bertoni, del Oncology Institute of Southern Switzerland. Tiene lugar en la sede del CNIO (Melchor Fernández Almagro, 3), en Madrid. Más información: Web: www.cnio.es

- 14-15 **Digestivo.** XVIII Curso Miquel Angel Gassull sobre Enfermedades Inflamatorias Intestinales.

Se celebra en el Badalona Centro Internacional de Negocios, de Barcelona. Más información e

inscripciones: Tfno. 934 161 220. Fax: 934 158 466. E-mail: monografico2011@boceum.com. Web: www.boceum.com/monografico2011

- 18 **General.** Sesión inaugural del curso académico de la Real Academia Nacional de Medicina.

A partir de las 19 horas, discurso Inaugural de precepto, que dictará Juan Jiménez Collado sobre *Biología del Desarrollo e identidad del embrión humano*. Más información: Tfno. 91 547 03 18. E-mail: secretaria@ranm.es

- 20 **Oncología.** Conclusiones del 33rd Annual San Antonio Breast Cancer Symposium.

Tiene lugar en el Hotel Meliá Castilla, de Madrid. Más información: Tfno. 91 372 02 03. E-mail: postsabcs@doctaforum.com

- 20-21 **Obstetricia y Neonatología.** II Curso solidario de Obstetricia y Neonatología. Avanzando juntos.

Se celebra en el Hospital 12 de Octubre, de Madrid; el importe íntegro de la inscripción se destinará a causas solidarias. Más información e inscripciones: Fax: 91 390 83 76. E-mail: ejarez.hdoc@salud.madrid.org

- 20-23 **Traumatología.** 1er Congreso Mundial sobre Controversias en Enfermedades Huesos y articulaciones (C-Bone).

Tiene lugar en el Hotel Rey Juan Carlos I (Avda. Diagonal, 661-671) de Barcelona. Más información: Web: www.comtecmcd.com/cbone/2011

- 21-22 **Oftalmología.** II Congreso de la Asociación Española de Tecnología y Cirugía de Implantes, Refractiva y Córnea.

Tiene lugar en el Hotel Fira Palace, de Barcelona. Más información: Tfno. 902 369 497. Fax: 902 369 498. E-mail: congreso_asetcirc@geysec.es. Web: www.asetcirc.org/congreso2011

- 26 **Farmacología.** Cuestiones Controvertidas en la Promoción de Medicamentos.

Se celebra en el Hotel NH Príncipe de Vergara, de Madrid. Más información e inscripciones: Tfno. 902 12 10 15. E-mail: inscrip@iir.es. Web: www.iir.es

- 27-28 **Cardiología.** Curso BMV en Excelencia en Cardiología.

Se celebra en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid. Más información: Web: www.secardiologia.es

- 27-29 **Reumatología.** IV Congreso Nacional de Sefraos.

Tiene lugar en el Citymar Gran Hotel Almería (Avda. Reina Regente, 8) de Almería. Más información e inscripciones: E-mail: sefraos@sefraos.com. Web: www.sefraos.com

- 27-29 **Endocrinología.** V Reunión de Diabetes y Obesidad.

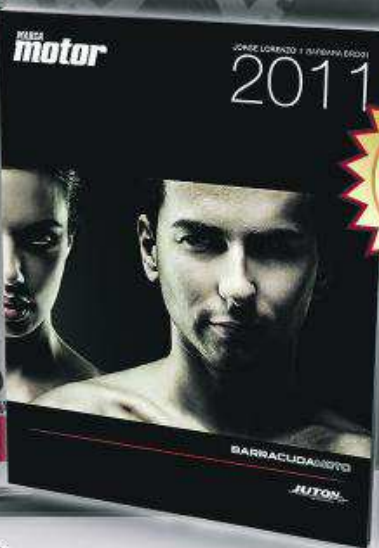
Tiene lugar en el Palacio de Congresos de Granada (Paseo del Violón, S/N). Más información e inscripciones: Tfno. 91 535 71 83. E-mail: congresos@shmedical.es

- 28 **Psiquiatría.** XII Simposio sobre Trastornos Bipolares.

Se celebra en el Auditorio del Hospital San Juan de Dios, de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 93 436 22 35. E-mail: info@verummedica.com

Las instituciones que deseen que sus convocatorias aparezcan en este PLANNING pueden comunicarlo a la dirección de DIARIO MEDICO (Avenida de San Luis, 25. 28033 MADRID) o al fax 91 443 63 40. Convocatorias nacionales e internacionales por especialidades en DM internet: <http://diariomedico.com/agenda>

LA REVISTA MÁS LEÍDA DEL MUNDO DEL MOTOR



POR SÓLO
1,9 €

GRATIS
el calendario 2011 de
JORGE
LORENZO

- Nuevo Audi A6. Deja que te miren.
- Todas las novedades del próximo año.
- A fondo con el nuevo Citroën C4.

YA A LA VENTA

MARCA
motor
COMPARTIMOS TU PASIÓN

FUERA DE CONSULTA

ANTONIO TÉLLEZ

➔ El gerente del Colegio de Médicos de Cádiz es una figura más del belén de la corporación desde hace 26 años. El día 5, en la noche de la ilusión, será el Rey Gaspar en la *Tacita de Plata*.

El doble gaditano del Rey Gaspar

■ Álvaro Sánchez León

Antonio Téllez lleva 26 años trabajando en el Colegio de Médicos de Cádiz: los catorce primeros como asesor económico y fiscal, y el resto como gerente "ante la insistencia de Ricardo Miranda", ex presidente de la corporación. El próximo 5 de enero encarnará al Rey Gaspar por las calles de la capital gaditana en su cabalgata de Reyes Magos. Junto a él participarán en el cortejo real Agustín Rubiales (Melchor) y *El Junco* (Baltasar). Los tres monarcas, como buenos astrónomos, se pasarán la noche de la ilusión detrás de una estrella que guía, un regalo que muchos buscan para garantizar el futuro del Sistema Nacional de Salud.

Aunque la tradición habla de oro, incienso y mirra, viniendo de donde viene Téllez llevará en sus arcas alguna *Tacita de Plata*.

Desde el Oriente de los colegios de médicos llega cargadito de regalos un gerente: los milagros que no se hacen en Navidad no se hacen nunca.

¿Qué significa para us-

ted salir en este cortejo de ensueño que hace las delicias de pequeños y no tan pequeños?

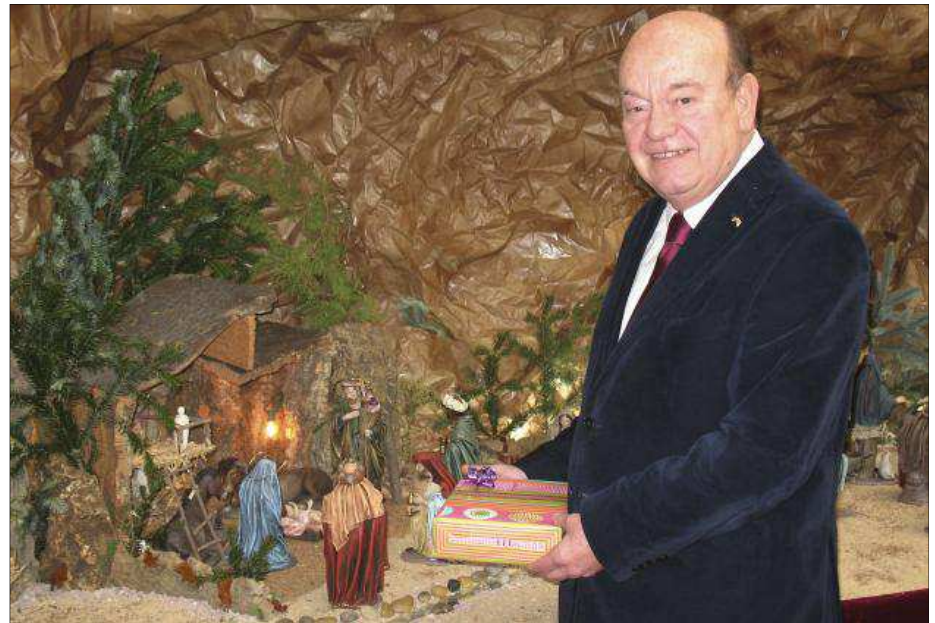
-Es el colofón a los días que estoy viviendo de emociones y sobre todo de ilusión, ya que nuestra misión principal como Reyes Magos es conseguir que ningún niño de Cádiz se quede sin regalos. No ha sido fácil en estos tiempos de crisis, pero creo que lo hemos logrado, ya que se repartirán más de 3.000 juguetes entre niños de familias sin posibilidades económicas.

¿Le han llegado muchas cartas de médicos? ¿Qué piden?

-Más que pedir, creo que necesitan y merecen que la sociedad y la Administración consideren su labor con mucha mayor estima de la que hasta ahora vienen mostrando.

¿Qué traerá a todos los colegios de médicos de España en estos momentos de crisis y de desarrollo de la *Ley Omnibus*?

-Si el desarrollo de esta ley se efectúa correctamente por parte de la Administra-



El gerente del Colegio de Médicos de Cádiz, Antonio Téllez, será el Rey Gaspar en la cabalgata de Reyes Magos de la *Tacita de Plata*.

ción, considero que será muy positiva y que traerá a los colegiados mucha más agilidad en sus gestiones, al tiempo que permitirá hacer efectivo el control del ejercicio profesional tal y como venimos demandando insistentemente desde los colegios.

¿Hay algún *herodes* para los colegios de médicos de Andalucía?

-No hay ningún *herodes* para los colegios médicos andaluces, pero sería deseable que las relaciones entre los representantes de la profesión y las distintas administraciones se regularizaran; que desde las instituciones políticas no se nos viera como opositores, sino todo lo contrario, como colabora-

El médico, más que pedir, creo que necesita y merece que la sociedad y la Administración consideren su labor con mayor estima

dores en beneficio de los profesionales de la Medicina y de la sociedad.

¿Tener tantas cosas nos hace mejores?

-No. Mejoramos como personas contentándonos con lo que realmente podemos tener.

¿Qué le parece que los niños pidan en sus cartas más tecnología y menos

Pobre de aquél que no se sienta niño alguna vez, porque probablemente el problema es que no lo ha sido. Es muy saludable

juegos tradicionales?

-En estos momentos la tecnología es una base fundamental de nuestra sociedad, pero como Rey Gaspar también me gusta llevar a los niños los juguetes de siempre.

El día de Reyes es una jornada especial en los hospitales. Unas palabras del Gaspar gaditano para

animar a los niños ingresados en Navidad.

-En nuestra visita al Hospital Puerta del Mar de Cádiz voy a tratar de llevar toda la ilusión que pueda a los niños enfermos y a sus padres, y pediré al Niño Jesús que les traiga el regalo más deseado: la salud.

¿Es saludable ser niños al menos por un día?

-No sólo es saludable, sino que pobre de aquél que no se sienta niño alguna vez, porque probablemente no lo haya sido nunca.

DIARIO MEDICO.com

Acceda a todas las entrevistas *Fuera de Consulta, Sin Anestesia y Sobre el Terreno* en la web

DIARIO MEDICO

PUNTO DE ENCUENTRO de profesionales

