

EL BORRADOR DICE QUE DESAPARECERÁN COMO ESPECIALIDADES AL ENTRAR EN VIGOR EL DECRETO

Hidrología, Medicina Legal y Deporte se extinguirán con la troncalidad

➔ Sanidad aprovechará el decreto de troncalidad para retomar su idea de eliminar las especialidades de Hidrología, Deporte y Medicina Legal.

La última versión del decreto de troncalidad que el ministerio ha hecho llegar a las comunidades retoma la idea de suprimir las especialidades de Hidrología Médica, Medicina del Deporte y Medicina Legal y Forense, algo que ya apare-

cía recogido en el decreto formativo del MIR y que el ministerio apartó momentáneamente ante la unánime protesta de los profesionales afectados. La disposición derogatoria primera del borrador deja claro que las especialidades

La formación posgraduada que ahora se imparte en las tres especialidades de escuela regularse mediante un máster

en régimen de alumnado "se declaran a extinguir desde la fecha de entrada en vigor" del futuro decreto, es decir, al día siguiente de su publicación en el BOE. Aunque el ministerio se escuda en su obligación de cumplir la LOPS, las comisio-

nes y sociedades de las especialidades le acusan de hacer una interpretación muy restrictiva, ya que la ley da tres posibilidades para esas especialidades: que se supriman, se modifiquen o se adapten.

PÁG. 6

Comenzamos
avergonzándonos de un vicio
y terminamos haciendo gala
de él R. DE LA GRASSERIE



Jaime Guevera-Aguirre, con la población estudiada.

El déficit del receptor de la GH protege del cáncer y la diabetes

El estudio durante 22 años de un grupo de 99 ecuatorianos con el síndrome de Laron revela que la mutación en el gen de la GHR les asegura una vida sin cáncer ni diabetes.

PÁG. 11

Una molécula logra recuperar en ratones pelo perdido por estrés

Un equipo estadounidense publica en PLoS One un estudio que desvela cómo, por casualidad, se ha descubierto un compuesto químico que induce el crecimiento capilar.

PÁG. 11

Mínima invasión para reconstruir pelvis en añosos osteoporóticos

La complejidad de la cirugía de pelvis se ha debatido en un curso sobre avances en los tratamientos quirúrgicos de esta región anatómica, celebrado en Zaragoza.

PÁG. 13

España lleva a cabo su segundo trasplante cruzado de riñón

El Hospital La Paz, de Madrid, y la Fundación Puigvert, de Barcelona, han sido protagonistas del segundo caso en España de trasplante cruzado de riñón.

PÁG. 16

LLEVARÁN LOS RECORTES AL PARLAMENTO

Los médicos del ICS piden que se reduzcan cargos y organismos para ahorrar

Más de 2.000 médicos del Instituto Catalán de la Salud (ICS) llevarán el próximo miércoles al Parlamento regional su preocupación por el efecto que está teniendo ya sobre la calidad asistencial y las listas de espera la no renovación de bajas, el recorte de guardias y la extinción de contratos temporales. El colectivo

está disconforme con las medidas que está aplicando el nuevo Gobierno para reducir el déficit, básicamente centradas en el personal, en vez de "reformular urgentemente la administración sanitaria, hipertrofiada a causa del exceso de altos y medios cargos y de empresas públicas, consorcios y demás".

PÁG. 4

SENTENCIA DE LA SALA CONTENCIOSA

El Supremo aclara que los registros profesionales no son monopolio de los colegios

El Supremo ha avalado la legalidad del decreto que incorporó a la normativa nacional las directivas sobre cualificaciones profesionales. En concreto, la norma permitía a la Administración adaptar los mecanismos necesarios para incluir en el registro de profesionales del SNS y de las comunidades autónomas los da-

tos sobre los reconocimientos concedidos para ejercer las profesiones sanitarias.

La sentencia rechaza que haya una sustracción de facultades a las corporaciones colegiales y aclara que la competencia que la LOPS otorga a los colegios no es obstáculo para que haya otros registros.

PÁG. 8

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 7]



FLAVIANO DE PABLO PARA MEDICUSMUNDI

La formación de los médicos en origen es clave para la OMS.

Déficit médico, una pandemia mundial

El mundo necesita médicos con urgencia, sobre todo en países en vías de desarrollo. La OMS ya señala la escasez de facultativos como una prioridad para las ayudas al desarrollo. Medicus Mundi, Prosalus y Médicos del Mundo creen que la cooperación española debe dirigirse más a formar a médicos autóctonos que a curar enfermedades.

VAMOS AL CONGRESO DE LA SEMG
VIGO, 18-21 MAYO 2011-IFEVI
www.semg.net

Boletín de inscripción INSCRÍBETE !!!

DATOS PERSONALES
Nombres: _____
Apellidos: _____
Domicilio: _____
cargo: Hospital _____

MUY ALTA POTENCIA **Clovate 30g**
17-Propionato de Clobetasona
CREMA

ALTA POTENCIA **Betnovate 60g**
17-Valerato de Betametasona
SOLUCIÓN CAPILAR

www.ife-spain.com

El último borrador del decreto de troncalidad ha hecho que las comisiones nacionales que no han visto recogidas sus peticiones se revuelvan desde sus puestos de garantes de esa formación. Dermatología, Ginecología y Otorrinolaringología no comulgan con el futuro que les preparan el Ministerio de Sanidad y las autonomías, que son las que dotan económicamente las plazas de los MIR. Las comisiones, englobadas en el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, son órganos asesores de Sanidad y de Educación. Luego sus sugere-

CRISTINA RUIZ  **REDACTORA JEFE**

Las comisiones nacionales, ¿órganos asesores de quién?

rencias son eso, sugerencias. Y los ministerios pueden asumirlas o no. Pero si al tiempo son las que velan por la calidad de la formación que se imparte, ¿por qué no se tiene más en cuenta sus indicaciones? La última es que el ministerio quiere hacer desaparecer las especialidades de escuela (Hidrología, Medicina del Deporte y Medicina Legal). La LOPS le ampara, pues puede modificar, adaptar o directamente suprimir las que considere oportuno. Así que, si nadie lo remedia, una vez más, las apreciaciones de los órganos asesores quedarán en nada.

SUMARIO
nº
4.281
AÑO XX
JUEVES
17 FEBRERO

SANIDAD PÁG 4

Los médicos catalanes llevarán al Parlamento su preocupación por los recortes en Salud • Madrid supera la media del SNS en genéricos y en esperanza de vida

PROFESIÓN PÁG 6

Sanidad aprovecha el decreto de troncalidad para anunciar la extinción de Hidrología, Medicina Legal y del Deporte • Reportaje: Quien tiene un médico tiene un tesoro

NORMATIVA PÁG 8

El Tribunal Supremo dice que las corporaciones colegiales no tienen el monopolio de los registros de profesionales • La confianza, clave en las voluntades anticipadas

MEDICINA PÁG 11

Relacionan la alopecia a los 20 con cáncer de próstata en la madurez • El mal de Gaucher contará en breve con nuevas terapias • La ecoendoscopia determina la cirugía en cáncer rectal

GESTIÓN PÁG 19

El Servi o Murciano de Salud reduce cuotas de conciertos con la privada • Inaugurado el Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos • Nanopartículas con fármacos antitumorales

ENTORNO PÁG 22

Intervención intensiva en suicidio, iconos informativos en fármacos y unidades para pacientes con IC, premios Esteve a la Mejor Iniciativa Personal del Área Médica

RECORTES PRENSA

TALL & CUTE

Estamos curando el cáncer (de verdad)

Uno de los problemas a la hora de presentar públicamente investigaciones científicas relacionadas con enfermedades -especialmente con los diversos tipos de cáncer- es la exageración de los hechos. Sea culpa del periodista, divulgador o investigador, el caso es que los medios están llenos de noticias del tipo "un paso que podría acabar con el cáncer", "nueva cura para el cáncer", etc. Por otro lado, todos sabemos que la gente sigue muriendo de cáncer, por lo que se crea una sensación de promesas vacías.

Pero viendo las estadísticas oficiales, los datos de supervivencia de los últimos 40 años para los tumores

más frecuentes son muy positivos. Prácticamente todos los tipos de tumores muestran un incremento importante en la supervivencia a cinco años desde el inicio del tratamiento. Alguno, como el cáncer de próstata, ha pasado de un 30 por ciento de supervivencia a más del 75. Y lo más importante: las tendencias no parecen haber alcanzado su máximo.

La causa de este notable incremento en la supervivencia es múltiple, incluso cuando nos fijamos en tipos específicos de tumores. Entre los principales artifices de esta proeza se encuentran los siguientes:

-La prevención: debida en parte al descubrimiento de ciertos hábitos, sumado a factores ambientales y/o genéticos como causantes de ciertos tipos de cáncer.

-Una temprana detección: mejora en las técnicas, mejor control médico, etc.

-Refinamiento de las técnicas quirúrgicas.

-Fármacos específicos.

-Refinamiento de la quimioterapia y la radioterapia que previenen la aparición de metástasis.

-Postratamiento: seguimiento del paciente para la prevención de metástasis.

Cada uno de estos factores suma un ligero incremento anual que mantiene esta tendencia. Sin embargo, en algunos tipos de tumores un solo paso puede resultar decisivo y variar la tendencia drásticamente. Sucedió en el caso del tumor de testículos, donde el descubrimiento de marcadores en el suero sanguíneo sumado a una quimioterapia efectiva en los años 60 fueron determinantes para duplicar la supervivencia en un par de décadas. Actualmente, pasados ya 50 años, la supervivencia es superior al 98 por ciento. De forma similar, los nuevos tratamientos hormonales han aumentado la supervivencia al cáncer de próstata del 40

EL DATO

148.837

cambios de médico y enfermero en Madrid hasta diciembre de 2010

El cambio de médico y enfermero en la Comunidad de Madrid se produjo en 138.470 casos en atención primaria y en 10.367 en especializada hasta diciembre de 2010. En el primer nivel asistencial la opción de escoger es real desde octubre, mientras que en los hospitalarios esta posibilidad comenzó a aplicarse el 1 diciembre. Madrid es la primera autonomía del SNS que ofrece este servicio a los pacientes.

al 80 por ciento en 10 años.

Mucho más impactantes son los datos referentes a niños y jóvenes. Los principales tumores en este grupo, que incluyen leucemias y linfomas, han pasado de suponer la muerte de más del 80 por ciento de los enfermos a menos del 20 por ciento de media en los últimos 50 años. Un caso espectacular es el del linfoma no

Hodgkin donde la supervivencia ha pasado del 5 al 90 por ciento.

Hay algunas excepciones, como en cáncer de pulmón y de páncreas, donde la supervivencia a 5 años no llega al 10 por ciento. El cáncer de páncreas es muy particular. Raramente se encuentran tumores en fase temprana, que son operables y/o tratables. El problema es

que cuando se detecta el tumor ya está muy expandido y resulta imposible su tratamiento o extirpación. Sin embargo, el futuro no parece tan desolador. Recientes estudios han mostrado la evolución genética de este tumor y por tanto han abierto una sólida vía para su detección temprana.

Quizá ninguna de las noticias sobre cura del cáncer sea tan real como promete, pero los avances lo están arrinconando.

FE DE ERRORES

■ En la información publicada el martes en la sección de Normativa y en primera página se citaba la diferencia "entre medicina voluntaria y satisfactiva" cuando debía decir "entre medicina voluntaria y curativa".

■ En el anuncio de Faes Farmacia de ayer en última página se remitió por error a la ficha técnica de la página 16, cuya inserción no era necesaria.

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: dminet@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

PUBLICIDAD

DIRECTOR COMERCIAL: Jesús Zaballa

Tfno. 91 443 55 01

Marta Arroyo Alegre mar.ta.alegre@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA

Tina Pamplona tina.pamplona@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 40

Rosál Torres rosaltorres@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 23

Susana Nocete susana.nocete@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 50

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO

Fernando Sarría fernando.saria@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



Ramón Luis Valcárcel

Presidente de la Región de Murcia. La gestión de la crisis provocada en la sanidad murciana por los recortes revela una clara apuesta por el diálogo. Al margen del mayor o menor acierto del decreto para la contención del gasto, Valcárcel y sus consejeros no han tenido reparo en modificar algunos aspectos tras reunirse con los sindicatos más representativos de la Administración Pública.

EL PULSÓMETRO



Joaquín Casariego

Director del Caiber. La Plataforma Española de Ensayos Clínicos (Caiber) lidera un proyecto pionero de cooperación internacional para el desarrollo de ensayos clínicos multinacionales no comerciales, una iniciativa hispano-germana amparada por la OCDE y que cuenta con la implicación del National Institutes of Health, de Estados Unidos, la Comisión Europea y el Ministerio de Ciencia de Japón.

LA 2ª OPINIÓN. “La comunidad siempre ha apostado por la colegiación obligatoria, ya que los colegios, como garantes de la deontología, garantizan que el profesional está capacitado y que reúne los requisitos para ejercer”. [Manuel Cervera, consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana]

Las dudas que pudiera albergar Economía acerca de la necesidad de mantener la colegiación médica obligatoria se podrían disipar escuchando las últimas declaraciones de varios consejeros de Sanidad.

Los responsables sanitarios autonómicos -y, por tanto, quienes más en contacto están con el médico- no tienen dudas sobre la importancia de mantener el *statu quo* actual.

AGENDA

JUEVES

17

FEBRERO

Nefrología
Nephrology, Dialysis and Transplantation Joint Meeting. Organizado por los servicios de Nefrología de la Clínica Mayo, de Rochester, y del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, se celebra en el Hotel Vincci Soho, de Ma-

dríd. Información: Drug Farma Congresos. Tfno. 91 500 2077. E-mail: secretaria@smtrasplantes.org.

Pediatría
XXI Curso de Soporte Vital Avanzado al Trauma Pediátrico. Termina hoy en el

Hospital Central de Asturias, en Oviedo. Información: Tfno. 646 37 44 96. E-mail: rosanacocha@telecable.es

Neurorradiología
VII Curso Nacional de Neurorradiología. Neurorradiología en la Patología Vascul-

lar Cerebral. Se celebra en el Palacio de Congresos de La Lonja, en Lérida. Información: Tfno. 93 221 22 42. E-mail: barcelona@geyseco.es. Web: www.senr.org

Inmunología
V Congreso de la Sociedad

Andaluza de Enfermedades Autoinmunes. Tiene lugar hasta el sábado en el Recinto Provincial de Ferias y Congresos de Jaén. Información: Tfno. 952 294 484. E-mail: aadea@gestiondeviajes.com. Página web: www.aadea.es

Enfermedades Raras
V Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y Enfermedades Raras. Se celebra en el Hotel Meliá Lebreros, de Sevilla. Información: Tfno. 954 97 96 00. E-mail: congresomhuerfanos@redfarma.org.

RADIOGRAFÍA



JESSICA DANNOCK/VII NETWORK

MARCUS STEINBERG/EMU

'HAMBRIENTOS DE ATENCIÓN'

Médecos Sin Fronteras (MSF) con la agencia fotográfica VII, ha presentado en Madrid la exposición multimedia *Hambrientos de atención*, que se enmarca en la campaña mundial de la ONG para conseguir una reforma del sistema internacional de ayuda alimentaria y luchar con eficacia contra la desnutrición infantil. La muestra, que estará 4 días en Madrid, incluye la proyección en la calle de siete colecciones fotográficas de VII, que realizan un repaso a los desafíos de la desnutrición en países en vías de desarrollo y desarrollados, las respuestas que están realizando gobiernos y ONG y, por encima de todo, el impacto de la desnutrición en los más vulnerables.



ENCUENTRO DIGITAL
Tomás Gómez Cía, director de la Unidad de Cirugía Estética del Hospital Virgen del Rocío.

Con motivo del Día Nacional del Trasplante, el director de la Unidad de Cirugía Estética y Grandes Quemados del Hospital Virgen del Rocío, quien coordinó el primer alotrasplante de tejido compuesto de cara de Andalucía (segunda intervención de este tipo en España) charlará con los usuarios el viernes 25 de febrero a las 11:30 horas. Envíe sus preguntas y participe en directo.



FORMACIÓN

Aprender es ir más allá. ¿Quiere seguir aprendiendo? Entre en la Plataforma de Formación de Diariomedico.com, donde encontrará diferentes cursos, todos ellos acreditados por la Comisión Nacional de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud. Infórmese sobre las fechas de inscripción, objetivos a seguir para ampliar sus conocimientos, número de créditos que puede conseguir con cada uno de los cursos y el calendario de exámenes. Acceda al aula virtual y tendrá la formación 2.0 al alcance de su mano.

NUEVO LANZAMIENTO

Valsartán Actavis

PRESENTACIONES	PVP IVA (€)
40 mg x 28 comp. rec. con película EFG	4,48
80 mg x 28 comp. rec. con película EFG	11,57
160 mg x 28 comp. rec. con película EFG	16,70

Marca de referencia: Diovan®

Ver ficha técnica en www.actavis.es

Valsartán/Hidroclorotiazida Actavis

PRESENTACIONES	PVP IVA (€)
80 mg/12,5 mg x 28 comp. rec. con película EFG	11,57
160 mg/12,5 mg x 28 comp. rec. con película EFG	17,44
160 mg/25 mg x 28 comp. rec. con película EFG	17,80

Marcas de referencia: Co-Diovan® y Co-Diovan® Forte

CATALUÑA RECLAMAN AL GOBIERNO QUE ACOMETA UNA REDUCCIÓN URGENTE DE CARGOS Y DE ORGANISMOS PÚBLICOS

Los médicos llevarán al Parlamento su preocupación por los recortes en Salud

➔ Ni médicos, ni patronales, ni oposición parecen dispuestos a darle al consejero Boi Ruiz los tradicionales cien días de gracia. Los recortes que se están aplicando son parte del proble-

ma, pero todos los agentes tienen la vista puesta en los que vendrán de la mano de un presupuesto que, por primera vez, será bastante inferior al anterior.

■ Carmen Fernández Barcelona

Los médicos de la empresa pública Instituto Catalán de la Salud (ICS), que es el mayor proveedor de servicios asistenciales autonómico, llevarán el próximo miércoles a los grupos del Parlamento regional, que estarán reunidos en pleno, su preocupación por el efecto que está teniendo ya sobre la calidad asistencial y las listas de espera la no renovación de bajas, el recorte de guardias y la extinción de contratos temporales.

A través de la intranet del ICS, los médicos han compartido opiniones que se han recogido ya en forma de manifiesto, coordinado por Teresa Fuentelsá, secretaria de hospitales del ICS del sindicato Médicos de Cata-

Más de 2.000 profesionales han firmado un manifiesto elaborado conjuntamente en la intranet del ICS y aprobado en asambleas

luña, y aprobado en las asambleas de los centros con la firma de más de 2.000 facultativos.

Según ha avanzado Fuentelsá, "en el manifiesto exponemos que tememos un retroceso de veinte años en el sistema sanitario por culpa de los recortes fáciles, sobre el personal, que está aplicando el nuevo Gobierno, en vez de reformar urgentemente la administración sa-



El consejero, Boi Ruiz.

nitaria, hipertrofiada a causa del exceso de altos y medios cargos y de empresas públicas, consorcios y demás organismos".

Fuentelsá ha manifestado: "Nosotros sabemos cómo ahorrar, pero no nos dejan

Las patronales piden a Gobernación y Economía la nueva instrucción que excepcionará parcialmente a la sanidad de recortes

explicarles cómo; y no nos gusta la actitud del consejero de Salud, Boi Ruiz, que se dedica a criminalizarnos".

Recortes obligados

Con ese manifiesto los médicos se posicionan en contra de los recortes ya aplicados pero especialmente de los que previsiblemente vendrán de la mano de unos presupuestos para 2011 de los que se sabe que, por primera vez desde el traspaso de competencias a Cataluña, serán inferiores a los del año anterior de manera obligada: si no se cumplen los compromisos de ajuste, el Gobierno catalán podría sufrir una intervención de sus cuentas por parte de la Intervención General del Estado.

La necesidad de ajuste global (no sólo en sanidad) está calculada en torno al 10 por ciento en 2011 para lograr reducir el déficit en un 2,6 por ciento del PIB (unos 7.000 millones de euros en

dos años). La reducción excluye las partidas no reducibles (gasto financiero y aportaciones del ámbito local), por lo que el recorte se repartirá entre todos los departamentos.

La polémica instrucción de las consejerías de Gobernación y Economía (ver DM del lunes) instando, sin haber informado previamente a la de Salud, a las entidades sujetas a derecho administrativo a limitar la tasa de reposición de efectivos, el nombramiento de personal interino y la contratación de personal laboral, y a las entidades autónomas (consorcios, empresas públicas, fundaciones) a reducir en un 6 por ciento la masa salarial y en un 5 por ciento las plantillas, también ha hecho reaccionar a las patronales del sector concertado Unión Catalana de Hospitales (de la que Boi Ruiz era presidente) y Consorcio de Salud y Social de Cataluña.

A pesar de que Gobernación anunció una segunda instrucción para excepcionar parcialmente a la sanidad, las dos entidades han pedido al Ejecutivo que reconozca por escrito el compromiso de publicar la nueva orden "en breve", y han informado a sus afiliados que harán un seguimiento del cumplimiento.

EL PSC PIDE NO PARALIZAR INVERSIONES

Josep Maria Sabaté, portavoz de Sanidad del PSC en el Parlamento regional y ex director del Servicio Catalán de la Salud en la segunda legislatura del ex Gobierno tripartito, ha instado al Ejecutivo que preside Artur Mas a cumplir con el plan de inversiones previstas hasta 2015 (nueve hospitales y 71 centros de atención primaria): "El Gobierno actual al no iniciarlas con los tiempos acordados y paralizar los proyectos iniciados o las obras ya adjudicadas, únicamente consigue confundir a los ciudadanos, desorientar

a los profesionales y faltar al respeto a los ayuntamientos implicados, al no asumir los compromisos adquiridos; lo cual no es un buen comienzo de legislatura ni ayuda a racionalizar el gasto, dado que detener proyectos puede ser más caro que seguir haciéndolos". Y ha puesto sobre la mesa esta pregunta: "¿Qué se pretende con todo eso: frenar la continua capitalización de la red pública iniciada por el anterior gobierno o, por defecto, alentar a la iniciativa privada a invertir con garantías?"

SOSTENIBILIDAD LAS COMUNIDADES PASAN DE FINANCIAR EL 30 POR CIENTO DE LAS INTERVENCIONES A ASUMIR EL 60

La reforma de la ley del aborto duplica la factura de las autonomías

■ Loreto Mármod

Siete meses después de la entrada en vigor de la reforma de la ley del aborto la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI) constata que se ha disparado la factura pública: "El 60 por ciento de las intervenciones se financian públicamente, mientras que un 30 por ciento se realiza de manera privada", cuando antes del 5 de julio el porcentaje era al revés. Algunas autonomías ya advirtieron de que necesitarían más dinero para hacer frente a los gastos. Galicia presentó una reclamación al ministerio, y el consejero de Sanidad de Casti-

lla-La Mancha, Fernando Lamata, dijo que sería evidente el impacto en la mayoría de las regiones (en la suya rondaría los tres o cuatro millones de euros): "Si en unos meses supone un aumento del gasto, cabría pedirle esa financiación al Gobierno". Eso es lo que ya ha hecho su homólogo catalán, Boi Ruiz, que ha manifestado que no aceptará ninguna nueva prestación si no va acompañada de una partida económica específica, y ha reclamado al ministerio que asuma los gastos que genera esta prestación de cobertura pública -que sólo en Cataluña cuesta 14 millones de euros al año- (ver DM del

Los porcentajes más altos de cobertura pública se dan en Asturias (97 por ciento) y Andalucía (95), seguidas por el País Vasco (80)

4-II-2011). El propio Consejo de Estado advirtió de que la nueva norma tendría un fuerte impacto económico en las autonomías y criticó la falta de evaluación previa (ver DM del 9-VII-2010).

ACAI, que se reunió el lunes con el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, y la secretaria de Es-

tado de Igualdad, Bibiana Aído, publicó ayer su informe sobre la aplicación de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva en las distintas comunidades autónomas. La conclusión es clara: "Hay 17 leyes de aborto", criticó Francisca García, vicepresidenta de ACAI.

Asturias es la comunidad que registra el porcentaje más alto de intervenciones financiadas públicamente (con un 97 por ciento), y le sigue Andalucía (95), País Vasco (80), Murcia (70), Castilla-La Mancha (70), Comunidad Valenciana (60), Madrid (60), Cataluña (60) y Castilla y León (50-70). En el otro extremo des-

taca la provincia de La Coruña, que sólo financia un 15 por ciento. El problema, según García, es que "ninguna región, salvo la andaluza, tiene reservada una partida presupuestaria para este fin".

También denunció "inseguridad jurídica para los profesionales y situaciones dispares en relación con el reembolso de la prestación". Madrid abona la prestación a las clínicas concertadas con un retraso en el pago de diez meses -en algunos casos la demora asciende a más de un año- y Andalucía tarda cuatro meses, mientras que Castilla-La Mancha sólo ha pagado el 40 por ciento de las intervenciones.

UNIÓN EUROPEA

Luz verde a la directiva contra los fármacos falsificados

■ Redacción

La Eurocámara ha aprobado la directiva que refuerza la protección de los pacientes frente a los medicamentos falsificados y evitará que estos productos entren en el mercado legal. La nueva legislación, acordada con el Consejo Europeo, obligará a insertar dispositivos de seguridad en los envases para garantizar la autenticidad de los productos. Se aplicará a las ventas por internet y los países miembros de la Unión Europea tendrán dos años para transponer la norma.

El texto, aprobado por 569 votos a favor, 12 en contra y siete abstenciones, responde al hecho de que el 1 por ciento de los medicamentos que se venden en los canales de suministro legales son falsificados y este porcentaje sigue creciendo.

La nueva legislación actualiza las normas vigentes e introduce dispositivos de seguridad que se incorporarán a los envases de los medicamentos para garantizar su autenticidad, identificar cajas individuales y verificar si se ha tratado de alterar el envase externo. Un dispositivo de seguridad -que tiene que ser definido por la Comisión Europea- podría ser un número de serie que los farmacéuticos puedan leer para comprobar que el envase es auténtico.

Como norma general, estos dispositivos se aplicarán a todos los medicamentos de receta médica, a no ser que no haya riesgos para la salud. Sólo se utilizarán en fármacos que no requieren prescripción en caso de que exista riesgo de falsificación. Si el medicamento vuelve a ser envasado, los dispositivos de seguridad se sustituirán por otros equivalentes.

En caso de que un producto falsificado haya llegado a los pacientes, todos los actores de la cadena de suministro serán alertados en un máximo de 24 horas para que el medicamento se retire del mercado lo antes posible.

ASISTENCIA FERNÁNDEZ-LASQUETTY HACE BALANCE DE LA ACTIVIDAD SANITARIA EN 2010

Madrid supera al SNS en genéricos y esperanza de vida

► 2010 fue un año positivo para la sanidad pública madrileña, pues aumentaron la esperanza de vida y la prescripción de genéricos, incluso por encima de la media registrada en el Sistema Nacional de Salud.

■ José M^o Juárez

Javier Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, presentó ayer el balance de la asistencia sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de 2010 en atención primaria y especializada.

Acompañado de las viceconsejeras Belén Prado y Patricia Flores y del director general de Atención Primaria, Antonio Alemany, y el director general de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, Pedro Llorente, Fernández-Lasquetty fijó en 55 millones los actos médicos y comentó que la esperanza de vida en la autonomía es de 82,96 años y que desde 2002 crece por encima de la media nacional: "Somos la primera región del Sistema Nacional de Salud y una de las más punteras en comparación con las capitales europeas, y es algo que se debe al trabajo de los médicos y a la política sanitaria volcada en la excelencia que se aplica en la autonomía, que ha hecho posible la libre elección de médico y la construcción de ocho hospitales y un centro de salud cada mes desde que Esperanza Aguirre es presidenta de la comunidad".

Este reconocimiento al profesional de Fernández-Lasquetty también se produjo al hablar del gasto farmacéutico, pues "aunque el número de recetas creció, lo hizo en mayor medida la prescripción de genéricos, cuyo aumento significativo [supuso el año pasado el 32,77 por ciento del total de las prescripciones en el primer nivel asistencial] hizo posible un ahorro de 22,3 millones de euros". Además, "el gasto medio por receta fue de 12,29 euros, lo que supone 70 céntimos menos que la media nacional" y merece "una felicitación y

un agradecimiento especial a los médicos por la sensibilidad que han mostrado con la racionalización en el uso de los recursos".

También en materia de farmacia, el consejero hizo referencia a la monodosis para comentar que "es algo que hemos apoyado siem-

pre, pero debe tener un desarrollo normativo claro que corresponde hacer, y no aparentar que hace, al Ministerio de Sanidad".

AUMENTO DE LA ACTIVIDAD

Durante el balance de la asistencia sanitaria en 2010, Javier Fernández-Lasquetty explicó que en los centros de primaria se produjeron 52,95 millones de consultas; en los hospitales, 11,2 millones de consultas, 483.362 ingresos, 2,65 millones de urgencias y 403.151 intervenciones quirúrgicas; el Servicio de Urgencia Médica de Madrid (Summa) atendió 3,76 millones de emergencias, y la actividad de laboratorio ascendió a 9,39 peticiones de pruebas. Además, fueron acreditadas 13 nuevas unidades de referencia en los hospitales madrileños para el Sistema Nacional de Salud y en lo relacionado con los trasplantes de órganos, se produjeron 729, con 231 donaciones, es decir, un 4 por ciento más que en 2009.

Compromiso es SEGUIR CRECIENDO

Con la calidad del Grupo Novartis

Valsartán Sandoz EFG

Valsartán/HCTZ Sandoz EFG

SANDOZ

NUEVO LANZAMIENTO

Avanzar unidos nos hace únicos

a Novartis Company

Ver ficha técnica en págs. 18 y 20

POSGRADO LA ÚLTIMA VERSIÓN DEL DECRETO ESPECIFICA QUE DESAPARECERÁN EN CUANTO LA NORMA ENTRE EN VIGOR

Sanidad aprovecha la troncalidad para extinguir Hidrología, Deporte y Legal

➔ Sanidad aprovechará el real decreto de troncalidad para retomar su idea -aparcada momentáneamente hace tres años- de eliminar las especialidades médicas de Hidrología, Deporte

y Medicina Legal y Forense. Aunque el ministerio se escuda en el cumplimiento de la LOPS, los afectados cuestionan los argumentos oficiales, tanto docentes como presupuestarios.

■ Francisco Goiri

De nada ha servido la incansable batalla ni las interminables e infructuosas reuniones con los sucesivos gabinetes de Sanidad que han mantenido desde hace más de siete años los especialistas en Medicina de la Educación Física y del Deporte, Hidrología Médica y Medicina Legal y Forense. Si el real decreto de troncalidad se aprueba en los mismos términos del borrador que el ministerio ha remitido a las autonomías (y todo parece indicar que así será), las tres especialidades médicas de Escuela del Sistema Nacional de Salud desaparecerán como tales al día siguiente de que la nueva norma se publique en el BOE. La formación que ahora se imparte a los futuros especialistas se regulará de otra manera (probablemente en forma de máster), pero ya no como una especialidad propiamente dicha, sea en régimen de Escuela o dentro del sistema MIR, como piden las comisiones nacionales y sociedades científicas de las tres especialidades.

La disposición derogatoria primera de la última versión del proyecto de troncalidad (ver DM del martes) declara "a extinguir desde la fecha de entrada en vigor de este real decreto las especialidades



¿De la especialidad al máster?

Desde que se aprobó la LOPS, en noviembre de 2003, las comisiones y sociedades científicas de las tres especialidades batallan en vano por arrancar al ministerio un compromiso de defensa de su actual sistema formativo. Parece que los sucesivos ministros de Sanidad son más proclives a que sus programas docentes se asemejen más a los de un máster.

des médicas en régimen de alumnado". El ministerio se ampara en su obligación de cumplir la LOPS. Este párrafo, prácticamente idéntico, aparecía ya en el decreto formativo de los residentes, pero la unánime protesta de Hidrología, Deporte y Legal (ver DM del 18-IX-2007) logró que el ministerio lo eliminara, y llevó a Bernat Sorria, a la sazón ministro de Sanidad, a anunciar que la decisión final se posponía hasta que se aprobase el decreto de troncalidad (ver DM del 26-XI-2007).

Aunque el ministerio se escuda en su obligación legal de cumplir la LOPS, los representantes de las tres especialidades afectadas de-

nuncian la restrictiva interpretación que la Administración hace del articulado de la ley. La disposición transitoria cuarta de la LOPS dice exactamente que "el Gobierno modificará, suprimirá o adaptará el sistema de formación de las especialidades que no se cursan por el sistema de residencia", y Sanidad parece que sólo contempla una de esas tres opciones.

Cúmulo de contradicciones Juan Carlos San José, presidente de la Sociedad Española de Hidrología Médica, denuncia la "flagrante contradicción" de que el Estado financie a través del Inmerso "una terapia controlada por especialistas que, en teoría,

desaparecerán en breve" (el Gobierno oferta anualmente 250.000 plazas para tratamientos hidroterápicos de once días en balnearios de toda España). Puestos a buscar contradicciones, San José tampoco se explica por qué Sanidad ha ofertado en septiembre plazas de formación en especialidades que apenas unos meses después iba a eliminar (10 plazas en Hidrología, 115 en Deporte y 20 puestos en Medicina Legal). "¿Qué salida laboral tendrán esos especialistas?", se pregunta San José.

Los presidentes de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la de Asociaciones de Especialistas de la Educación Física y

del Deporte, Pedro Manonelles y Ángel Martín, no entienden que Sanidad actúe de "espaldas a la sociedad". Según Manonelles, el ministerio "muestra un gran desconocimiento del deporte, tomando una decisión unilateral sin precedentes". Además, la medida contradice la intención de Sanidad de estudiar la integración de Medicina del Deporte en el sistema MIR si hubiera un número suficiente de autonomías dispuestas a financiar su formación (ver DM del 29-VII-2010). Aunque, en honor a la verdad, sólo Madrid, Cataluña y Andalucía se han pronunciado oficialmente a favor de hacerlo (ver DM del 12-IX-2008).

PLANTILLAS

Asturias da un paso más en la integración del personal de Arriendas

■ Redacción Oviedo

El Boletín Oficial del Principado de Asturias ha publicado el acuerdo de la comisión bilateral de cooperación Administración General del Estado-Principado de Asturias, que establece que el hospital fundación Francisco Grande Covián y su plantilla se integrarán en el servicio autonómico de salud "con plena garantía del respeto a los derechos y obligaciones en el momento de la integración". La integración del personal en el Sespa se produce por subrogación del nuevo empleador, sin que se produzca minoración de derechos y obligaciones del personal, ni vulneración del orden constitucional. En consecuencia, el personal conservará "a todo efecto legal" el conjunto de derechos laborales activos y pasivos, categoría profesional y puesto de trabajo en el centro. Este acuerdo deberá ser ahora ratificado por el Consejo de Gobierno asturiano. La disposición publicada establece que el personal que en el futuro se incorpore al centro lo hará de conformidad con las disposiciones generales vigentes en materia de personal que resulten aplicables al personal del Sespa.

MADRID NACE OFICIALMENTE EL FORO AUTONÓMICO DEL PRIMER NIVEL

Primaria pide una reunión inmediata al consejero para tratar la situación laboral

■ Alicia Serrano

El Colegio Oficial de Médicos de Madrid, las sociedades médicas de primaria de la comunidad (Somamfyc, Semergen, SEMG, Ampap, Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha) y los sindicatos Femyts y CSIT-UP presentaron ayer en sociedad el autodenominado Foro de Médicos de Atención Primaria de Madrid. El objetivo fundacional del nuevo foro es "promover la calidad, equidad, cohesión y sostenibilidad" tanto del Sistema Nacional de Salud como del sistema sanitario público madrileño.

Como destacaron ayer sus promotores en el acto de presentación, celebrado en la sede del colegio de médicos, el nuevo organismo asume como propios todos los objetivos fijados desde hace más de un año por el foro nacional de primaria, "y hace especial hincapié en la resolución de problemas especialmente significativos en la región". Para abordar todos estos problemas, tanto laborales como estrictamente profesionales, Miguel Ángel Sánchez, vocal de Primaria del colegio, anunció ayer que pedirán una reunión inmediata al consejero auto-

nómico de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty.

Exigencias laborales

Desde un punto de vista laboral, Ana Giménez, coordinadora del sector de Atención Primaria de Femyts, denunció que la tasa de reposición de médicos en la región es del 7 por ciento, "y un 20 por ciento de los facultativos que ejercen en la primaria madrileña lo hacen con contratos eventuales". Según ella, en algunos centros esos contratos llegan al cien por cien de la plantilla. José Molero, de CSIT-UP, resaltó que las condiciones labora-



Foto de familia de los miembros del nuevo Foro de Primaria, ayer, en el Colegio de Madrid.

les "son, en general, peores que las de otras comunidades, y en los últimos tres años ningún médico ha subido de nivel en la carrera".

Paulino Cubero, presidente de Somamfyc, reivindicó "el liderazgo de los médicos para tomar las decisiones en los centros de salud". Según

él, "está claro que los políticos de la Comunidad de Madrid aplican el divide y vencerás en su relación con los profesionales sanitarios".

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

RECURSOS HUMANOS En Europa trabajan 2.877.344 médicos y enfermeros. En África, sólo 174.500. Más de 50 países del interior del continente negro están en situación crítica: tienen recursos humanos sanitarios en números rojos, a pesar de que entre sus fronteras se cobija el

25 por ciento de la carga mundial de enfermedades. Occidente se ha pasado años haciendo campañas para ayudar a curar patologías emergentes y se ha olvidado de que los pacientes siguen en la sala de espera si no hay médicos. El oscuro agujero de la falta de atención sigue vivo y coleando.

Quien tiene un médico tiene un tesoro

■ Álvaro Sánchez León

Ayudar a otros países es una responsabilidad social y una tarea complicada, porque dar no es siempre el tratamiento más rentable. No es lo mismo curar la malaria en Malawi que curar el sistema sanitario de Malawi construyendo el futuro, aunque quizás eso impida hacerse una foto con un negrito para venderla a la prensa. Reconstruir el mundo sin altavoces y sin altoparlantes y hacerlo en la dirección adecuada es mucho más que llevar a África las huchas del Domund. El verdadero problema sanitario de muchos países del mundo es que tienen muy pocos médicos autóctonos, y algunos hacen las maletas hacia Occidente dejando atrás un panorama desolador: cerca de mil millones de personas no tienen acceso a servicios básicos de salud. Así lo refleja el informe sobre *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria* elaborado conjuntamente por Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo (ver DM del 4-II-2010).

En 2009 el mayor peso relativo de la cooperación sanitaria española (478 millones de euros, el 10,5 por ciento de toda la ayuda oficial al desarrollo) se destinó a enfermedades de transmisión sexual (23 por ciento de toda la ayuda oficial al desarrollo) y a la política sanitaria y gestión administrativa (22 por ciento). Las organizaciones que han dado a luz este documento con los pies en el suelo creen que la cooperación española en el sector salud debe orientar sus opciones estratégicas hacia la atención primaria y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud prestando más atención a algunos capítulos "huérfanos de ayuda", como la educación sanitaria y la formación de personal en los países de origen, una partida a la que España dedica menos del 2 por ciento del monto solidario total. Tiritas superficiales mientras la procepción va por dentro.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuidados en salud sólo se pueden dar si existe una relación entre personas, en es-



En el capítulo de cooperación en salud España dedica menos del 2 por ciento a la formación de profesionales sanitarios.



La OMS ha pedido a los países exportadores e importadores de médicos mejores condiciones laborales para sus facultativos.

te caso, entre el personal sanitario y la población. Los recursos humanos sanitarios disponibles en un país son un indicador clave de su capacidad para proveer servicios sanitarios, y ese debe ser el foco, según las ONG más pegadas al terreno, al que deben dirigirse los esfuerzos, ya que no hay nada más desolador que remar con sensación de avanzar... y navegar en dirección contraria. Dentro de la gran cantidad de retos que tienen que afrontar los sistemas sanitarios de todo el mundo, "el disponer de trabajadores de salud bien capacitados y en número suficiente es uno de los que más preocupan actualmente a la comunidad internacional", resalta Carlos

Mediano, médico y vicepresidente de Medicus Mundi Internacional.

En Europa hay 2.877.344 médicos y enfermeros. En África la cifra cae por el despenadero hasta los 174.510, una media de poco más de 2 por cada 10.000 habitantes. Otro dato que radiografía la enfermedad: el 30 por ciento de los médicos de Ghana trabajan fuera de su país.

Deberes para todos

La OMS considera que todos los actores implicados en la migración de personal sanitario han de esforzarse para aportar soluciones. A los países exportadores les exige proteger y mejorar el trato a sus trabajadores y formar profesionales especial-

mente para puestos en zonas rurales, sin olvidar los esfuerzos necesarios para facilitar el retorno de los facultativos que han abandonado el sistema. A los países importadores les reclama favorecer que reduzcan la dependencia de médicos migrantes formando a más trabajadores en sus propias facultades, establecer acuerdos bilaterales con los países exportadores destinados a suavizar el impacto financiero de la migración y hacer políticas responsables de reclutamiento y buen trato a los profesionales que llegan desde fuera.

La OMS, tarde, como todos los que tienen competencias sobre la planificación de recursos humanos

sanitarios, aprobó el año pasado un *Código Voluntario de Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario* en el que se establecen ciertos criterios éticos para cruzar la frontera. Entre otras cosas, reivindica que todos los países tengan planes propios que limiten la migración de recursos humanos, que se promueva la migración circular del personal, que exista una equidad legal entre los facultativos nacionales y foráneos y que se tenga en cuenta la situación del país al contratar. En el pasado examen MIR 61 licenciados haitianos optaron a una plaza de residencia. España, que exporta e importa sin complejos, debe hacer examen de conciencia.

ESPECIALISTA EN AYUDAR

Carlos Mediano es el vicepresidente de Medicus Mundi Internacional. Cuando terminó la carrera, este médico zaragozano tenía claro que su especialidad era la cooperación en salud. Cambió el MIR por el trabajo de campo sin pensar demasiado en su carrera profesional. Su primer contrato le llevó hasta la selva de Camerún. Allí le tocó hacer el traspaso de poderes: los médicos de fuera dejaban un hospital en manos autóctonas. Pasó por la frontera de Kenya y Somalia para Médicos Sin Fronteras. La práctica era prioritaria, pero un máster en Salud Pública le ayudó a formarse mejor para estar más disponible. Desde sus primeras consultas a campo a través, Mediano ha participado en decenas de proyectos. Ahora se dedica más a la investigación y a la evaluación, la asignatura pendiente, en su opinión, de muchos buenos deseos. Trabaja para preparar a los médicos del mañana formando a médicos de países con un futuro negro. ¿Podría España contribuir de verdad formando a médicos especialistas en cooperación sanitaria?



Carlos Mediano.

PATRICIA FERNÁNDEZ

FLAVIANO DE PABLO PARA MEDICUSMUNDI CATALUNYA

SUPREMO LAS ADMINISTRACIONES PUEDEN CREAR OTROS QUE TAMBIÉN TIENEN RESPALDO LEGAL

Los registros profesionales no son monopolio de los colegios

► El Tribunal Supremo aclara que los registros de profesionales no es algo que corresponda en exclusiva a las corporaciones colegiales. Avala la

posibilidad de que la Administración tenga ficheros con datos sobre los reconocimientos concedidos para el ejercicio de las profesiones.

■ Marta Esteban

La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha rechazado el recurso que el Consejo General de Colegios de Enfermería interpuso contra el Decreto 1.837/2008, que incorporó al ordenamiento español las directivas europeas sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales. La corporación colegial solicitaba la nulidad de la disposición adicional tercera sobre los registros profesionales, que autoriza a los poderes públicos a establecer los "mecanismos necesarios para la inclusión, en el registro de profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud y en los de las comunidades autónomas, de los datos correspondientes a los reconocimientos concedidos para el ejercicio de las profesiones sanitarias".



Santiago Martínez-Vares, ponente de la sentencia.

El Estado no está obligado a comunicar a las corporaciones los reconocimientos otorgados, pues la homologación es competencia suya

y no aparecerán en los registros de las corporaciones".

Por su parte, el abogado del Estado recuerda que el reconocimiento de títulos otorga a la persona que ostenta un título extranjero avalado por el Estado español la posibilidad de acceder a la profesión en iguales condiciones que los españo-

les. Además, no existe "ninguna norma que obligue a la Administración a hacer saber a las corporaciones profesionales los títulos nacionales o extranjeros reconocidos". Y, en cualquier caso, esa competencia del reconocimiento compete en exclusiva al Estado.

Santiago Martínez-Vares,

ponente de la sentencia, aclara que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias otorga a los colegios competencia para crear sus propios registros públicos de profesionales, pero ello "no obsta para que existan otros registros de carácter complementario". Además, esa misma ley "otorga a las Administraciones sanitarias la potestad de establecer los criterios y requisitos mínimos de esos registros, dentro de los principios que determine el Consejo Interterritorial".

El TS dice que "los colegios profesionales no poseen el monopolio de los registros de profesionales sanitarios". Deben constituir el registro, su existencia es clave para hacer eficaz el cumplimiento de los principios que deben regir la relación entre los profesionales sanitarios y las personas a las que atienden y que constituye un elemento valioso para el cumplimiento de las normas deontológicas, pero la previsión que establece el decreto impugnado "no coarta esa función propia del registro que los colegios están obligados a llevar".

Por ello, incluir en los registros del Sistema Nacional de Salud y en los de las comunidades autónomas los datos sobre los reconocimientos concedidos es "conforme a Derecho".

LABORAL POR APLICACIÓN DEL EBEP

Un juzgado recuerda que el plazo de prescripción de los trienios es de un año

■ Santiago Rego Santander

El plazo de prescripción en materia de trienios es de un año y, además, con la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), al que se ha traspuesto la Directiva Comunitaria 1.999/70, que establece que no pueden existir diferencias retributivas entre los trabajadores, la norma quedó clara: se limitan los efectos económicos de los trienios reconocidos al año anterior a la fecha de presentación de la solicitud.

Esta es la tesis expuesta por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 1 de Santander, que rechaza un recurso, presentado en 2009, en el que una médico interino pedía que se le reconociera que había recibido "un trato discriminatorio" respecto al personal estatutario fijo, al haberse le "vedado el reconocimiento de servicios previos y el abono de trienios". La facultativa solicitaba el pago de los trienios dejados de percibir desde mayo de 2005 a febrero de 2007.

El fallo declara como extemporánea la reclamación y subraya que al haber traspuesto el Gobierno español la directiva comunitaria al EBEP, en el que se declara "la procedencia de servicios prestados, a efectos de trienios al personal estatutario temporal", no ha lugar a la petición de la demandante.

La sentencia recuerda otras normas autonómicas

La sentencia afirma que sólo se pueden solicitar a la Administración sanitaria los trienios del año anterior a la petición

del Gobierno de Cantabria sobre reconocimiento de los trienios al personal interino, en 2008 y 2009, y el real decreto 1.181/1989, por el que se limitan los efectos económicos de los trienios del personal estatutario fijo "al año anterior a la fecha de presentación de la solicitud", que no impone costas a ninguna de las partes.

Desde su aplicación

El juzgado dice que el EBEP reconoce el derecho que tienen los interinos a estar en pie de igualdad con el personal fijo, si bien los efectos retributivos "únicamente podrán disfrutarse a partir de la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público, que en este precepto es aplicable al personal estatutario fijo o interino de los servicios de salud". Y en cuanto a la aplicación retroactiva de cuatro años, el fallo dice que no es posible con la legislación vigente en esta materia y que, además, el Tribunal Supremo acumula "numerosa jurisprudencia al efecto al establecer que el plazo de prescripción de los trienios es de un año".

REGULACIÓN SE QUIERE FRENAR LOS ABORTOS CON MÁS INFORMACIÓN

La ley de apoyo a la mujer embarazada de Murcia entrará en vigor el 7 de marzo

■ Redacción

La Ley 11/2009, de 1 de diciembre, por la que se establece y regula una red de apoyo a la mujer embarazada entrará en vigor el 7 de marzo, veinte días después de su publicación el martes en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

El objetivo de la regulación es que "ni una sola mujer en la Región de Murcia se vea en tal situación de soledad, falta de apoyo y carencia de ayuda solidaria, que el aborto se le presente como la única salida posi-

ble". Así figura en el preámbulo de la norma que está dividida en dos capítulos, dedicados a la protección social a la maternidad y al régimen de prestación de la asistencia en la gestación.

Centros de asistencia

La ley implica a los distintos niveles de la Administración autonómica en la labor prioritaria de dar información a la gestante. La nueva legislación compromete al Gobierno regional a fomentar "la existencia de centros o puntos de asistencia y asesora-

miento a la mujer embarazada que proporcionen información detallada sobre los recursos de protección social existentes de ámbito estatal, autonómico y local, públicos y privados". Además, se dará preferencia a las gestantes en todas las políticas sociales de la comunidad para acceder a prestaciones o ayudas.

También tendrán un tratamiento preferente en sus acuerdos con el Gobierno de Murcia aquellas entidades que ofrezcan asesoramiento y ayuda a la mujer embar-



Ramón Luis Valcárcel.

zada. La norma reserva un nivel especial de protección a la embarazada menor de edad. Para llegar a ser efectiva, la normativa tendrá que ser desarrollada mediante disposiciones reglamentarias.

CÁDIZ SE NEGÓ A RECETAR UNAS PASTILLAS

Condena de un año de cárcel por agredir a un médico

■ Europa Press

Cádiz

El Juzgado de lo Penal número 2 de Jerez de la Frontera (Cádiz) ha condenado a la pena de un año de prisión a una paciente por un delito de atentado a funcionario público en el ejercicio de su función a raíz de la agresión sufrida por un médico en el Centro de Salud de Ubrique.

Según ha indicado el Colegio de Médicos de Cádiz, el fallo declara que la paciente se personó en el citado centro de salud y entró en la consulta del

médico solicitando unas pastillas tranquilizantes. Ante la negativa del facultativo a volver a recetarle una medicación que le había prescrito dos días antes, la paciente le propinó un manotazo en la cara, le insultó gravemente y le amenazó de muerte. Como consecuencia de la agresión el médico desarrolló un cuadro de ansiedad.

Además de la pena de prisión, la sentencia decreta el internamiento psiquiátrico de la agresora.

AUTONOMÍA POTENCIAN LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

La confianza es clave en las voluntades previas

► Vicente Bellver, del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana, y José Siurana, de la Universidad de Valencia, analizan los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas.

■ Enrique Mezquita Valencia

La confianza y la comunicación son dos aspectos claves en el desarrollo del proceso de las voluntades anticipadas, según se ha puesto de manifiesto en la Jornada de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana, organizada por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente en el Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia.

Vicente Bellver, vocal del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana, ha destacado que "las voluntades anticipadas no pueden verse como un derecho, sino como una dimensión del final de vida. Las decisiones que por ejemplo se toman en momentos en que una persona no está consciente no pueden quedar al albur del personal sanitario, sino que siempre deben estar informadas por la voluntad y los deseos del paciente".

Por ello es necesario recoger el mayor número de voluntades anticipadas posible. En este sentido, también ha apuntado que "el personal sanitario, y en concreto los médicos, no deben dejarse llevar por la juridificación de las voluntades anticipadas: hay que cumplir con los protocolos establecidos, pero darse cuenta de que no se tratan de un simple documento, sino de un proceso que se sostiene sobre la confianza y comunicación constante con el paciente".



Vicente Bellver y José Siurana, al inicio de la jornada.

Los médicos no deben dejarse llevar por la juridificación de las voluntades; no son simples documentos, sino un proceso basado en la confianza

Juan Carlos Siurana, profesor de Filosofía Moral y director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia, ha aclarado que "los argumentos a favor de las voluntades anticipadas tienen que ver fundamentalmente con el respeto. Son documentos que permiten luchar contra la conspiración de silencio, que se produce cuando un paciente tiene una enfermedad irreversible y la familia no desea hablar de este te-

ma porque le preocupa o no tiene elementos o instrumentos para tratarlo con el paciente". En su opinión, "estos documentos permiten poner las cartas sobre la mesa y decir que hay que hablar sobre ello porque es algo que nos puede afectar en cualquier momento y, por tanto, es bueno que estemos preparados". Además, "existen argumentos que exigen determinadas condiciones como por ejemplo los contenidos y la forma de los documentos o al procedimiento en que se realizan. Por ello, deben estar redactados de forma precisa y clara, evitando las contradicciones y sin pedir cosas que sean incorrectas jurídicamente".

Posibles obstáculos

Respecto a los argumentos en contra, ha señalado que "deben entenderse como posibles problemas a evitar o precauciones que hay que tomar para conseguir que las voluntades anticipadas se realicen correctamente". Por ejemplo, existen personas que afirman que "estos documentos van a llevar a una burocratización de la atención sanitaria, a aumentar la distancia entre médicos y pacientes, a potenciar una medicina defensiva -ya que se va a buscar sólo la firma y no a interesarse en el paciente en sí- o a ser un paso previo para entrar posteriormente en la eutanasia activa". Siurana ha aclarado que "para evitar estos riesgos debemos abordarlos de forma que exista proximidad y diálogo".

CON LOS DATOS EN LA MANO

José Siurana hace un llamamiento a la formación de los profesionales sanitarios en este campo. En su opinión, se entregan voluntades en el registro o los puntos destinados a su recepción, "pero no podemos certificar realmente si existe una verdadera comprensión del tema por parte de la persona que las firmó o si había una previsión adecuada de las condiciones futuras. Y tenemos que trabajar mucho en eso". En la Comunidad Valenciana un total de 10.653 personas han inscrito sus voluntades anticipadas desde la puesta en marcha del registro, en marzo de 2005. Del total de inscripciones, 4.026 las han efectuado hombres y 6.626 mujeres. Por provincias, en Castellón 1.258 ciudadanos han otorgado y registrado el documento en los puntos de inscripción, en Valencia lo han hecho 5.350 y en Alicante los 4.029 restantes. Por grupos de edad, las personas entre 56 y 65 años son las que más se han inscrito, en concreto 2.292; seguidas de las de 46 a 55 años con 2.029 voluntades.

LLEGAN BUENOS TIEMPOS PARA USTED Y SUS PACIENTES

NUEVO

Presentamos Valsartán KERN PHARMA, nuestro último gran lanzamiento y otra señal inequívoca del firme compromiso que mantenemos con la calidad de vida de sus pacientes y, sobre todo, contigo. Y es que nunca un descenso generalizado de presiones había sido tan buena noticia.



KERN PHARMA

A la vanguardia de los genéricos
www.kernpharma.com



El endocrinólogo ecuatoriano Jaime Guevara-Aguirre, con parte de la población estudiada en 1988 (izda.) y en 2009 (dcha.).



J. GUEVARA-AGUIRRE AND V. LONGO/STIM

ENDOCRINOLOGÍA SEGUIMIENTO DE 22 AÑOS DE 99 INDIVIDUOS CON EL SÍNDROME DE LARON

Una mutación en el gen del GHR libra de cáncer y diabetes

➔ **Cierta mutación genética que causa una deficiencia en la producción del receptor de la hormona del crecimiento (GHR) se asocia con me-**

nor incidencia de cáncer y diabetes, según revela el seguimiento durante 22 años de un grupo de 99 individuos en Ecuador.

■ **Sonia Moreno**

Los habitantes de la provincia ecuatoriana de Loja esconden un secreto detrás de su talla baja. En esa recóndita región de la ladera andina se ha registrado una gran presencia de individuos afectados por el síndrome de Laron, un retraso del crecimiento causado por la alteración en el receptor de la hormona del crecimiento. Esta enfermedad endocrina, caracterizada por un enanismo de miembros bien proporcionados y ausencia de retraso mental, se encuentra sobre todo en grupos poblacionales con ascendencia semiótica.

Hace más de dos décadas, Jaime Guevara-Aguirre, del Instituto de Endocrinología, Metabolismo y Reproducción de Quito (Ecuador), empezó a estudiar en un grupo de lojanos su talla baja. Durante 22 años, el equipo analizó exhaustivamente los problemas de salud de esa población. A medida que el trabajo avanzaba, Guevara-Aguirre empezó a constatar que estos individuos no fallecían por enfermedades tan habituales como el cáncer y la diabetes: sólo se registró un caso de

cáncer de ovario, en 2008, que fue tratado y eliminado.

El estudio sobre la población ecuatoriana llegó a oídos de Valter Longo, profesor en la Universidad de Southern California, en Los Ángeles, que investigaba en modelos animales las mutaciones asociadas a la longevidad. Así se inició una colaboración que ha culminado con este trabajo, publicado hoy en *Science Translational Medicine*, y en el que también participa Alejandro Martín-Montalvo, investigador en el Centro Andaluz de Biología del Desarrollo, centro mixto del CSIC y la Universidad Pablo de Olavide, durante el desarrollo del estudio, y ahora en el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) estadounidenses.

Falta de aminoácidos

Martín-Montalvo explica que "la mayor parte de los 99 sujetos estudiados presentaron una mutación en el aminoácido 180 del exón 6 del gen codificador del receptor de la hormona del crecimiento. Esa mutación da lugar a la falta de ocho aminoácidos en un dominio



Alejandro Martín-Montalvo.

Estos hallazgos podrían avalar el inicio de estudios sobre situaciones en las que sería beneficiosa la inhibición del GHR y del IGF-1

extracelular de la proteína. Otros individuos presentaron una versión deletérea de la proteína debida a la adición de un codón de stop a partir del aminoácido 43".

Mientras que estos 99 individuos parecen inmunes al cáncer y la diabetes, sus 1.600 parientes analizados, de talla normal, que vivieron en el periodo estudiado en la misma región, presentaron una incidencia de cáncer del 17 por ciento, y del 5 por ciento de diabetes. De ahí que los investigadores concluyan que la protección frente a estas enfermedades reside en las peculiaridades genéticas.

Los 99 ecuatorianos con la mutación presentan, además de niveles más bajos del GHR, menor cantidad del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1), así como concentraciones de insulina más bajas y menos resistencia a esta hormona. Ante si-

tuciones de estrés, las células tienden a la apoptosis, en lugar de acumular el daño en el ADN, un rasgo del envejecimiento; de hecho, se sabe que la actividad de la hormona del crecimiento descende con la edad de forma natural.

Estos hallazgos coinciden con los ya observados en los organismos bien conocidos por los investigadores del envejecimiento, como la levadura, nematodos y ratones.

Martín-Montalvo se muestra cauto a la hora de extraer implicaciones terapéuticas del trabajo: "Estos datos podrían avalar el inicio de estudios que den lugar a terapias para disminuir la incidencia de estas enfermedades, pero aún es pronto para hablar de resultados. En el futuro se puede intentar identificar situaciones determinadas en las que sería beneficiosa la inhibición del receptor de la hormona del crecimiento y del factor de crecimiento insulínico tipo 1 para el cáncer y la diabetes".

De momento, el investigador recuerda que los esfuerzos están centrados en ampliar el conocimiento sobre los procesos que originan estas enfermedades y en mejorar sus tratamientos. "El objetivo es poder determinarlos pero, por ahora, parece lejano".

El trabajo desvela potenciales claves para promover vidas más sanas y longevas, aunque los 99 individuos estudiados no viven más que el resto de la población ecuatoriana: en ellos hacen mella los accidentes, las adicciones (alcoholismo) y los trastornos convulsivos.

■ (*Science Transl Med* 2011; 3: 70a73).

DERMATOLOGÍA HALLAZGO ACCIDENTAL

Una molécula consigue en ratones que recrezca el pelo perdido por el estrés

■ **Redacción**

El remedio contra la calvicie podría llegar por una casualidad. Un grupo de médicos de la Facultad David Geffen, en la Universidad de California en San Francisco (UCLA), trabajaba en cómo el estrés afecta a la función gastrointestinal y, sin esperar, ha encontrado un compuesto químico que induce el crecimiento capilar; la molécula actúa inhibiendo una hormona asociada a la caída de cabello por estrés. El hallazgo se publica hoy en *PLoS One*.

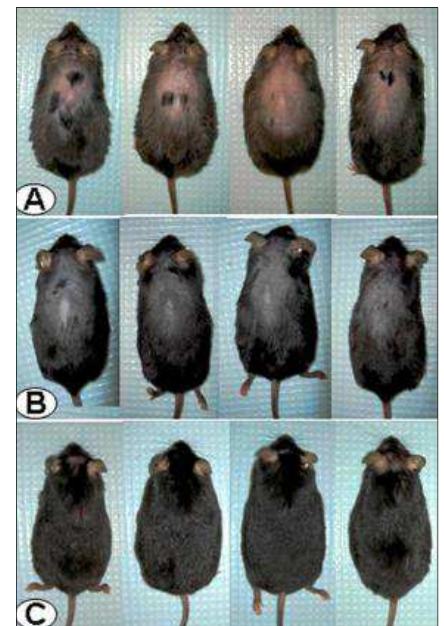
"Nuestro trabajo muestra, en modelo murino de estrés crónico, que un tratamiento de corta duración con este compuesto puede producir el recambio de pelo", expone Million Mulugeta, profesor de enfermedades digestivas en UCLA, que considera que esto podría abrir nuevas vías de tratamiento de la alopecia en humanos, mediante la modulación de los receptores de la hormona del estrés. En especial, la estrategia podría ser útil en la pérdida de cabello por estrés

crónico y envejecimiento.

Los científicos han probado la molécula en ratones genéticamente alterados para sobreproducir factor liberador de corticotropina (CRF). Un grupo del Instituto Salk ha sintetizado el compuesto, el péptido astresina B, y ha descrito su capacidad para bloquear al CRF.

En un inicio, los investigadores estudiaban el efecto del bloqueo del factor en la función gastrointestinal de los ratones con estrés crónico, que habían perdido pelo. A los tres meses se dieron cuenta de que no podían distinguir los ratones tratados de los no transgénicos, empleados como controles. El tratamiento había repoblado de pelo a los animales.

Un dato reseñable del trabajo es la corta duración del tratamiento: con sólo una inyección diaria durante cinco días consecutivos se mantuvo el efecto durante cuatro meses (la vida media de este tipo de animales no supera los dos años). Ahora habrá que investigar si esto es extrapolable a las personas.



Un 'antes y después' sorprendente

El antagonista del receptor de CRF1 y CRF2, la astresina B, se inyectó por vía intraperitoneal en ratones con alopecia inducida por estrés. Los ratones macho (de 4 meses de edad) recibieron la inyección diaria durante cinco días (A). La imagen intermedia (B) muestra los animales a los tres días de la última inyección; en la inferior (C) aparecen los mismos ratones cuatro semanas después.

EN POS DE UNA VIDA LARGA

El mecanismo por el que el déficit de la GH protege frente a cáncer y diabetes no se identifica en este estudio. En el laboratorio, los grupos de Valter Longo y de Rafael de Cabo, del Instituto Nacional de Envejecimiento, y otro de los autores del trabajo, han mostrado cambios en la actividad de los genes ligados a longevidad en las células expuestas a muestras séricas del síndrome de Laron. Se sabe, por trabajos con modelos murinos, que el bloqueo del factor de crecimiento puede alargar un 40 por ciento la longevidad, además de reducir el riesgo de tumores. Junto a la inhibición artificial de estas hormonas, la restricción calórica también obtiene un efecto similar, por lo que se estudia su implicación en la longevidad.

TRAUMATOLOGÍA NO CONFUNDIRLO CON EL SÍNDROME DE INESTABILIDAD SUBASTRAGALINA

Es posible evitar la cirugía en el síndrome del seno del tarso

➔ Antonio Viladot Voegeli, de la Universidad de Barcelona, ha afirmado que los tratamientos conservadores como antiinflamatorios, rehabilitación e infiltraciones locales evitan la cirugía en el 75 por ciento de los que padecen el síndrome del seno del tarso.

■ Alejandro Segalás Salamanca

Antonio Viladot, futuro presidente de la Asociación Europea de la Cirugía del Pie y del Tobillo, ha recalado en una Jornada de Actualización en Cirugía del Pie y Tobillo organizada por la sociedad nacional en esta especialidad y celebrada en Salamanca que el síndrome del seno del tarso durante muchos años era un gran cajón de sastre donde se metían todas las patologías relacionadas con el dolor en la cara externa y posterior del pie, aunque en los últimos años la tendencia apunta a que cada vez se diagnostica mejor y de forma más precisa.

El profesor de Barcelona también ha explicado que el síndrome del seno del tarso está más relacionado con el dolor y que no hay que confundirlo con el síndrome de inestabilidad subastragalina, que corresponde a la patología marcada por la carencia de estabilidad. "En la zona de la articulación subastragalina hay un espacio donde se encuentra el seno y canal del tarso que tiene una serie de formaciones ligamentosas que no son todas iguales. En la parte externa hay unas



Antonio Viladot, de la Universidad de Barcelona, en la jornada celebrada en Salamanca.

formaciones que mecánicamente no actúan como ligamento, pero que están muy inervadas y cuando se produce un estiramiento o rotura en esa zona el paciente no va a tener mucha sensación de inestabilidad, pero en cambio sí va a tener mucho dolor. A esa patología se la conoce como el síndrome del seno del tarso".

El síndrome de inestabilidad subastragalina se basa en que, "en la parte interior, los ligamentos son muy re-

sistentes y ricos en fibras colágenas, pero muy poco inervados, donde la reacción del paciente no se centra tanto en el dolor y sí en la inestabilidad. Es frecuente en deportistas y personas que hacen mucho deporte". El seno del tarso puede dañarse debido a varias causas pero principalmente destacan el sobreuso junto a hiperpronación o cualquier otra alteración de la biomecánica que haya sufrido el pie del paciente en cuestión.

En cuanto a los tratamientos para ambos síndromes se opta hoy por antiinflamatorios, rehabilitación e infiltraciones locales, pero cuando fallan hay que recurrir a la cirugía para separar las formaciones ligamentosas inervadas en el síndrome del seno del tarso, mientras que en el síndrome de inestabilidad subastragalina la cirugía se centra en sustituir este ligamento por un tendón para estabilizar la articulación subastragalina.

EN LA DETECCIÓN DE LOS TUMORES ÓSEOS

Las biopsias de fusión de imágenes por ecografía, tan precisas como las clásicas

■ Redacción

Las biopsias que usan la fusión de imágenes por ecografía para detectar tumores óseos y de tejidos blandos son tan seguras, eficaces y precisas como los métodos de biopsias convencionales. Así lo ha señalado un estudio que se presenta hoy en la Reunión Anual de la Academia Americana de Cirujanos Ortopédicos, que finaliza mañana en San Diego.

La investigación, realizada en el Hospital Henry Ford, en Detroit, y coordinada por Michael Mott, un oncólogo especializado en Ortopedia del citado centro, ha hallado que la técnica de fusión de imágenes por ecografía guía una biopsia de forma precisa y fácil, haciendo la experiencia de la biopsia más conveniente para los pacientes.

La fusión por ecografía combina imágenes ecográficas en tiempo real con la tomografía computarizada (TC) o imágenes adquiridas por resonancia magnética, proporcionando a los médicos imágenes de alta resolución para identificar el área de la biopsia. "La fusión por ecografía es una opción viable que debe ser considerada por los pacientes", ha comentado Mott. "Debido a que la precisión de las imágenes era equivalente, a los pacientes les gustó la fusión por ecografía debido a que



Michael Mott.

consideraban que la programación de una biopsia era más flexible para la ecografía que para la TC".

Los investigadores han comparado los resultados de 44 pacientes desde enero hasta diciembre de 2010 que fueron randomizados en uno de los dos grupos: aquellos individuos que recibieron una biopsia de fusión por ecografía y aquellos que fueron sometidos a una biopsia por TC. Los autores también han observado el tiempo y facilidad de la obtención de biopsia y resultados.

Mott ha indicado que la precisión en la obtención de las biopsias que usan la fusión de imágenes por ecografía fue del 93 por ciento en comparación con el 90 por ciento en la obtención de la biopsia por TC.

LOS PACIENTES SUFREN UN PEREGRINAJE POR LAS TERAPIAS ACTUALES

La carencia de diagnóstico preciso en talalgia todavía provoca un 5% de cirugías

■ A. S. Salamanca

En el 5 por ciento de los casos de talalgia todavía el paciente tiene que pasar por el quirófano debido a que existe una carencia de diagnóstico preciso en este tipo de patologías, según ha explicado a DIARIO MÉDICO Antonio Sabater, de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología (Abcot), que ha participado en Salamanca en la Jornada de Actualización en Cirugía del Pie y Tobillo organizada por la Sociedad Española de Medicina y Cirugía del Pie y Tobillo (Semcpt).

Los dolores en el talón, una de las dolencias más comunes en la patología del pie, tienen en la actualidad numerosos tratamientos, pero sin un éxito compro-

do en la mayoría de los casos, según Sabater, debido a que las plantillas, infiltraciones o las popularizadas ondas de choque no son del todo efectivas y llegan a desear al paciente al no encontrar una solución real a su problema.

En concreto, las ondas de choque suponen el fracaso en cuanto a tratamientos más sonados de los últimos años, debido a que se pusieron muchas esperanzas en esta técnica que evitaba la mesa de quirófano pero que después no ha superado las expectativas creadas, puesto que "no siempre funciona bien con determinados casos, hecho que se creía superado cuando apareció este tratamiento".

Esta es la principal causa

de que el paciente acabe en el quirófano, según ha asegurado el médico balear, y ha matizado que un 5 por ciento de casos es un porcentaje muy bajo, aunque cree que el objetivo en el tratamiento de la talalgia en los próximos años es afinar mucho más en los diagnósticos, debido a que de ese modo los tratamientos serían más adecuados y efectivos, evitando el proceso quirúrgico.

Precisamente, Sabater ha destacado las mejoras y esfuerzos en los últimos años para hacer los procesos quirúrgicos mínimamente invasivos. "La mayoría son con cirugía mínimamente invasiva, aunque todavía quedan las operaciones clásicas, que las tenemos que hacer cuan-



Antonio Sabater, de la Asociación Balear de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

do no sabemos muy bien lo que nos vamos a encontrar dentro, ya que no hemos sido capaces de ajustar o precisar el diagnóstico".

■ Dos técnicas

Las dos técnicas que más han ayudado al desarrollo del tratamiento de estas patologías son las endoscópicas y percutáneas, debido a

que reducen los procesos postoperatorios a cirugía sin ingreso con el conveniente beneficio para el paciente. Sabater ha recordado que el hecho de que se puedan hacer operaciones con aperturas en la parte lateral del talón de un centímetro escaso es una gran ventaja. Además, ha valorado positivamente la aplicación de ins-

trumental de última generación. En este último apartado tecnológico, ha elogiado las cámaras de radiología o las microcámaras de fibra óptica que proporcionan al cirujano la posibilidad de llevar a cabo procesos quirúrgicos con las mismas características que las endoscopias en el aparato digestivo o las artroscopias.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA EL ABORDAJE QUIRÚRGICO DE ESTA REGIÓN ANATÓMICA REQUIERE DE EQUIPOS CON GRAN PERICIA

La mínima invasión para reconstruir pelvis, útil en osteoporosis del anciano

► "La cirugía de pelvis es muy complicada debido a que es difícilmente abordable y reconstruible", ha explicado Antonio Herrera, jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica

en el Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, en un curso sobre avances en los tratamientos quirúrgicos de esta región anatómica celebrado en la capital aragonesa.

■ José Luis Labat Zaragoza

En el Hospital Universitario Miguel Servet de la capital aragonesa se han reunido 150 cirujanos de diversos hospitales de España (Barcelona, Sevilla, Madrid, Girona y Zaragoza), especializados en la intervención de pelvis, en un curso de cirugía que abordaba los últimos avances en los tratamientos quirúrgicos de la pelvis.

El lugar para la celebración del curso no ha sido casual ya que, como ha apuntado Antonio Herrera, uno de los coordinadores de la jornada, "no en vano Aragón, además de contar con mucha y transitada montaña, posee una escuela de parapente que también contribuye, y no poco, a que los traumatismos y lesiones de la pelvis sean frecuentes". Lo que ocurre, además, es que "la cirugía de pelvis es muy difícil", ha señalado el jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica en el Miguel Servet, "porque es difícilmente abordable y reconstruible".

Región compleja

Tal y como ha explicado Herrera, la fractura de pelvis es muy frecuente en los traumatismos denominados de alta energía. Aquí habría que incluir los accidentes de tráfico que, aunque han descendido en número, su gravedad es extrema, y los accidentes o caídas en montaña, del parapente. "Pero es que, además de la pelvis, existen otros problemas añadidos como las complicaciones vasculares que conlleva, con una alta mortalidad o que puede generar graves secuelas". La pelvis -recuerda el



profesor - es una región anatómica que contiene importantes vasos cuya rotura puede ocasionar gran sangrado. Además, allí se encuentran raíces nerviosas y órganos del aparato digestivo y urinarios, a los que se añade, en el caso de la mujer, el útero.

Herrera ha añadido que "el abordaje quirúrgico de esa zona requiere de equipos con gran pericia para acometer una cirugía resolutive". Esta es la razón de la jornada celebrada en el Servet y en la que se han abordado cuestiones como la reconstrucción de la pelvis a partir de traumatismos o de fracturas que afectan a la articulación de la cadera (artrosis postraumática), los tumores en la pelvis y la re-

construcción de las prótesis de cadera.

Por su parte, Antonio Peguero, de la Unidad de Traumatismos y Tumores del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica y coordinador de la Jornada junto con Herrera, ha indicado que la cirugía mínimamente invasiva para la reconstrucción de una fractura de pelvis se enfoca a las fracturas osteoporóticas del anciano. En este sentido, "se han ideado sistemas poco agresivos para el anciano, con un menor número de infecciones, una recuperación más rápida y con menos daños colaterales, y lo realmente importante, con los mismos resultados que la cirugía abierta". Pero, a la vez, Peguero, refiriéndose a esta ci-



La jornada, en imágenes

A la izquierda, los coordinadores de la Jornada de Cirugía Pélvica: Antonio Peguero y Antonio Herrera. Arriba se puede ver el material quirúrgico y de implantes en un expositor. La imagen de la derecha es una radiografía en la que se observa una reconstrucción coxal izquierda con aloinjerto por sarcoma de Ewing.



FOTOS: PLAN ELIBRO DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET

ONCOLOGÍA

Relacionan la alopecia a los 20 con cáncer de próstata en la madurez

■ Redacción

Los hombres que sufran alopecia a una edad mínima de 20 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de próstata en la madurez, según un estudio coordinado por Philippe Giraud, de la Universidad Descartes, en París, y que se publica en el último número de *Annals of Oncology*.

La investigación, primera en sugerir una relación entre esas dos patologías, comparó a 388 hombres en tratamiento de cáncer de próstata con un grupo control de 281 varones sanos. Duró 28 meses e incluyó cuestionarios sobre el historial personal del cáncer, si lo habían sufrido, y sobre la cantidad de cabello que habían tenido los pacientes a los 20, 30 y 40 años.

Se concluyó que los que tenían el tumor eran dos veces más propensos a perder pelo en la veintena. Las hormonas androgénicas son las responsables de ambos fenómenos.

El fármaco que se emplea para combatir la caída, finasteride, que también reduce la incidencia del cáncer de próstata, bloquea la transformación de la testosterona en un andrógeno llamado dihidrotestosterona.

Si esa caída del cabello se producía a los 30 ó a los 40 años, no implicaba un riesgo mayor de sufrir el tumor. Además, no se encontró ninguna relación entre la alopecia y el diagnóstico precoz del cáncer, ni entre el tipo de alopecia y el desarrollo de ese tumor.

NUEVO LANZAMIENTO

ATROALDO

Bromuro de ipratropio

20 microgramos/pulsación solución para inhalación en envase a presión





Aldo-Unión
Baronesa de Mairá, 73
08050 EBPLUGUES DE LL. (Barcelona)
www.aldounion.com

+40 años preparando aerosoles asmáticos

24mto.org

EN FEBRERO

ARQUITECTOS PRITZKER



4ER LIBRO
zaha hadid

norman foster

rafael moneo

oscar niemeyer

zaha hadid

herzog & de neuron

álvaro siza

kevin roche

richard rogers

Zaha Hadid

Fue la primera mujer en recibir el Premio Pritzker. La personalidad de la arquitecta anglo-iraquí emerge a través de las páginas del libro, que refleja el carácter plástico de la investigación formal y el esfuerzo por traducirla en elementos construidos. Entre sus obras, se estudia la Estación de Bomberos para Vikra y el trampolín de saltos de esquí de Berghel, dos tipologías excéntricas que convergen en el Centro Rashental de Arte Contemporáneo.



GRATIS
CASAS CON ARTE



Y, además, completamente gratis con la revista **DESCUBRIR EL ARTE**, **CASA EAMES** de Charles y Ray Eames.

Con el patrocinio de:



ARTE

NEUMOLOGÍA EN ESPAÑA SON TRATADOS ALREDEDOR DE 800 PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

El receptor BMPR2 está alterado en el 80% de casos de HP hereditaria

➔ Un grupo de investigación de la Universidad de Vigo estudia las alteraciones que se producen en los genes de los pacientes que padecen hipertensión arterial pulmonar (HP). Con es-

tos estudios han confirmado la eficacia del tratamiento con imatinib en la inhibición del crecimiento de las células que obstruyen las arterias pulmonares.

■ **Juana Jiménez Alcalá** Córdoba
La Asociación Nacional de Hipertensión Pulmonar ha celebrado en Córdoba un taller donde se han abordado los diagnósticos, tratamientos y nuevos estudios en relación con la hipertensión arterial pulmonar (HP), una enfermedad de la que son tratados en España unos 800 pacientes, según ha informado Adolfo Baloira Villar, neumólogo del Hospital Montecelo, de Pontevedra, y coordinador del Área de Circulación Pulmonar de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

La hipertensión arterial pulmonar es una enfermedad mortal en pacientes con o sin tratamiento, pero, según este experto, en los últimos ocho años se están utilizando buenos tratamientos que mejoran el estado de los pacientes y su supervivencia. Uno de los principales problemas para luchar contra esta enfermedad es que el diagnóstico es complicado, lo cual repercute en que los pacientes sin tratamiento tienen una esperanza de vida media de menos de tres años.

Tal y como ha indicado Baloira, la edad media de inicio de esta enfermedad se encuentra en los 40 años, pero también aparece en niños. "Es necesario hacer hincapié en la necesidad de que los médicos de atención primaria diagnostiquen a



Adolfo Baloira, del Hospital Montecelo de Pontevedra; Irene Delgado, presidenta de la Asociación Española de Hipertensión Pulmonar; Sara Toledano, psicóloga, y Carmen Turbí, médico de Investigación Clínica de Lilly.

En algunos pacientes con hipertensión arterial pulmonar no sólo existen alteraciones en un tipo de gen sino que están implicados hasta cinco

tiempo esta enfermedad, que comienza cuando aparecen dificultades al respirar durante los esfuerzos y que se desarrolla progresivamente hasta que los pacientes tienen dificultades también en reposo. La enfermedad se manifiesta asimismo con mareos o pérdida de conciencia, síntomas que pueden llevar a la muerte súbita".

Este neumólogo, junto con un grupo de investigación de la Universidad de Vigo, analiza las alteraciones que se producen en los ge-

nes de los pacientes que padecen esta enfermedad, que estenosa las arterias pulmonares y las obstruye con otro tipo de células que van creciendo en estas arterias y dificultando cada vez más el tránsito del oxígeno por estas vías.

Con los estudios genéticos sobre la enfermedad, este grupo de investigación ha confirmado la eficacia, en un subgrupo de pacientes, del tratamiento con imatinib para inhibir el crecimiento de estas células que obstruyen.

Se asocia con otras enfermedades como el sida, la fibrosis hepática, enfermedades reumáticas como la esclerodermia y la fibrosis pulmonar

Hay un componente genético importante en la mayoría de los casos. En familias donde hay al menos dos personas con la enfermedad y se puede determinar que es hereditaria, en el 80 por ciento de los casos se afirma que hay una mutación de un gen.

Baloira ha subrayado que en algunos pacientes con hipertensión arterial pulmonar no sólo existen alteraciones en un tipo de gen, sino que pueden estar implicados hasta cinco genes, y ha indicado que en el 80 por

ciento de los casos de hipertensión arterial pulmonar hereditaria existe una alteración en el receptor BMPR2, encargado de un tipo de proteínas centradas en la división celular.

"Trabajamos para conocer la génesis de esta enfermedad, es decir, qué tipo de actuación se lleva a cabo para que se produzca tal acumulación en las arterias y disminuya su diámetro y qué proteína que sintetiza esa sustancia está alterada en los pacientes, cuyas arterias se van ocluyendo".

Más conciencia

Baloira ha pedido a los médicos una mayor conciencia de esta enfermedad, que puede llegar a producir insuficiencia cardíaca, y ha detallado algunos de los problemas para su diagnóstico, que hasta la fecha se realiza con una prueba de ecocardiograma, un estudio de las válvulas y la presión de la parte derecha del corazón.

Hay que tener en cuenta que la hipertensión arterial pulmonar se asocia con otras enfermedades como el sida y la fibrosis hepática, con enfermedades reumáticas como la esclerodermia, con la fibrosis pulmonar y finalmente existe un 30 por ciento de pacientes que la presentan, sin que puede asociarse a otro trastorno.

SEGÚN SARA TOLEDANO, EN LA GUÍA DE ASPECTOS EMOCIONALES DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

El paciente tiene que integrar la enfermedad en su vida

■ **J. J. A.** Córdoba
"Existen una serie de factores que ayudan a que una persona pueda avanzar en su proceso de afrontamiento afectivo de la hipertensión pulmonar. Son factores comunes, pero es importante tener en cuenta también las circunstancias individuales, porque finalmente es un proceso en el que cada persona tendrá que integrar la enfermedad en su propia vida, sin que suponga una ruptura". Así lo ha explicado Sara Toledano, autora de la *Guía de Aspectos Emocionales de la Hipertensión Pulmonar*,

en el Taller de Trabajo sobre Hipertensión Arterial Pulmonar celebrado en Córdoba.

La guía hace algunas recomendaciones como "obtener información fiable sobre la propia enfermedad, el tratamiento adecuado y el impacto que tendrá en la vida del paciente, la necesidad de confiar en los servicios médicos, mantener las constantes de la vida, ser un paciente activo -que pregunta, que se informa, que colabora en su tratamiento-, adquirir contacto con las emociones que surgen en el proceso y

entender que es necesario un tiempo para poder recobrar el equilibrio (capacidad de espera), el apoyo social y continuar elaborando proyectos personales, aunque sea necesario adaptarlos a la nueva situación".

Esta psicóloga y psicoterapeuta ha señalado que una buena salud emocional ayuda a que los enfermos consigan un equilibrio emocional que permite que surja en cada individuo la motivación y la determinación para seguir el tratamiento adecuadamente e impide que alguien se deje llevar por im-

INVESTIGACIÓN

La enfermedad de Gaucher contará en breve con más terapias

■ Redacción

"Para los clínicos internacionales y nacionales, la enfermedad de Gaucher se está convirtiendo en la *cueva del tesoro* que nos permitirá investigar en futuros tratamientos que pudieran servir en próximos años para tratar otras muchas enfermedades lisosomales que actualmente están sin medicamentos y, sobre todo, que afectan a la población infantil", ha explicado Miguel Pocoví, catedrático de Bioquímica y Biología Molecular de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Zaragoza. Pocoví ha participado en una reunión, en Madrid, con más de 40 especialistas de diferentes autonomías españolas para realizar una puesta en común de los últimos avances en los tratamientos de esta enfermedad rara.

Los ponentes han anunciado la próxima aprobación en España de varios medicamentos para tratar esta patología, entre ellos la velaglucerasa alfa, novedad terapéutica para abordar la enfermedad de Gaucher tipo I en adultos y niños mayores de 4 años.

Menos anticuerpos

"Uno de los factores que han contribuido a crear nuestra confianza en este tratamiento ha sido la baja frecuencia de formación de anticuerpos por su origen procedente de tecnología de ingeniería genética humana", ha explicado Atul Mehta, hematólogo del Hospital Royal Free, de Londres. Velaglucerasa alfa prácticamente no provoca anticuerpos frente a la imiglucerasa, el otro medicamento de sustitución enzimática que existía hasta ahora, cuyo origen es el cultivo de células de ovario de hámster chino y genera anticuerpos a entre un 15 y un 25 por ciento de los pacientes".

En opinión de Pilar Giraldo, del Hospital Miguel Servet, en Zaragoza, esta terapia podría presentar ventajas frente a los anteriores en la mejora de la densidad ósea.



Alberto Breda.



Rafael Selgas.



Javier de la Peña.



Lluís Guirado.

NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL LA PAZ, DE MADRID, Y LA FUNDACIÓN PUIGVERT, DE BARCELONA

Segundo caso en España de trasplante cruzado de riñón

➔ El Hospital La Paz, de Madrid, y la Fundación Puigvert, de Barcelona, han llevado a cabo el segundo trasplante renal cruzado en España.

Redacción

El Hospital Universitario La Paz, de Madrid, y la Fundación Puigvert de Barcelona han realizado con éxito el segundo trasplante renal cruzado de España. La operación, que se llevó a cabo el pasado 2 de febrero, refuerza el uso de una modalidad de trasplante renal de donante vivo que cuenta con la peculiaridad de que se realiza entre un donante y un receptor que no se conocen, fruto de un intercambio entre los donantes respectivos de dos o más parejas incompatibles.

Rafael Selgas, jefe de Servicio de Nefrología, y Javier de la Peña, jefe de Servicio de Urología, son los responsables del Programa de Trasplante Renal de Adultos del Hospital La Paz, mientras que el programa clínico de trasplante renal de la Funda-

La primera operación de este tipo se llevó a cabo en 2009, con los hospitales Clínico de Barcelona y Virgen de las Nieves de Granada como protagonistas

ción Puigvert lo dirigen el nefrólogo Lluís Guirado y el urólogo Alberto Breda, jefe del equipo quirúrgico. La operación llega más de año y medio después de la pionera; los hospitales protagonistas de la primera cirugía de este tipo en España fueron el Clínico de Barcelona y el Virgen de las Nieves, de Granada (ver DM del 29-VII-2009).

De la Peña ha explicado a DIARIO MÉDICO que esta fórmula supone una aplicación algo especial del trasplante

Se trata de un proceso de cirugías simultáneas en el que la donación anónima supera el problema de incompatibilidad orgánica entre parejas.

La cirugía es igual que en un trasplante renal 'in vivo' normal, pero la logística es más compleja porque ambas operaciones deben ser simultáneas

en vivo: "Se cuenta con un donante altruista, sin relación con el paciente, que sale de un registro de parejas incompatibles para la donación entre sí. No se sabe de dónde proceden los órganos que protagonizan el cruce de riñones y, aunque desde el punto de vista técnico la operación no se diferencia de un trasplante con parejas compatibles, desde un punto de vista logístico sí se trata de un proceso mucho más complejo debido a la simultaneidad quirúrgica que de-

berse en ambos centros".

La cirugía de extracción se ha llevado a cabo por vía laparoscópica, mientras que para implante se ha seguido la vía clásica. Tras esta solución de sustitución renal, los cuatro pacientes se encuentran en perfecto estado.

La Organización Nacional de Trasplantes puso en marcha en 2008, junto a las comunidades autónomas, un programa específico para potenciar este tipo de trasplantes. El proceso es el siguiente: cuando una pareja donante-receptor no es compatible existe la posibilidad de inscribirse en un registro nacional de parejas incompatibles. Varias veces al año se realiza un cruce entre todas las parejas; las combinaciones resultantes serán compatibles *a priori* y se constata dicha compatibilidad con la realización de una prueba cruzada entre donante y receptor.

Si se supera esta fase, se reevalúa al donante en el hospital en el que se va a trasplantar al receptor en cada caso; se consulta con un comité de ética, se firma el consentimiento y, finalmente, las intervenciones quirúrgicas se realizan de forma simultánea en ambos hospitales. Actualmente en España hay doce centros hospitalarios acreditados por la ONT para realizar trasplantes renales de donante vivo y nueve de ellos autorizados para hacer trasplantes cruzados.

ONCOLOGÍA AFECTACIÓN GANGLIONAR

La ecoendoscopia determina una cirugía conservadora en tumores de recto

Redacción

La utilización de la ecoendoscopia se ha mostrado eficaz para determinar la existencia o no de afectación ganglionar en pacientes con tumor primario en el recto, después de haber sido tratados con quimioterapia y radioterapia de intensidad modulada.

Si, tras este tratamiento preoperatorio con quimioradio, se realiza una ecoendoscopia y se comprueba que no existen ganglios tumorales, podría recomendarse en algunos casos una cirugía conservadora de la función del esfínter, en lugar del tratamiento quirúrgico estándar, consistente en una cirugía más radical.

De este modo, sería posible evitar la incontinencia del esfínter y, por tanto, la necesidad de colocar una bolsa -efecto de la cirugía radical de recto- en un porcentaje importante de pacientes con tumor colorrectal de baja localización. Así lo ha revelado un estudio realizado por un equipo de la Clínica Universidad de Navarra, desarrollado en 51 pacien-

tes diagnosticados de esta enfermedad. La investigación, coordinada por Leire Arbea, del Departamento de Oncología Radioterápica, y en la que han participado Juan Antonio Díaz-González, de Oncología Radioterápica, José Carlos Subtil, de Endoscopias, Jesús Javier Sola, de Anatomía Patológica, José Luis Hernández-Lizoáin, de Cirugía General, y José Javier Aristu, de Oncología Radioterápica, ha sido publicada en *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*.

Valor predictivo

El trabajo desarrollado por los especialistas de la Clínica Universidad de Navarra ha consistido en analizar la capacidad de la ecoendoscopia para predecir la existencia de enfermedad residual después del tratamiento con quimioterapia y radioterapia de intensidad modulada y antes de la cirugía. "Además, este estudio resulta también novedoso por la técnica de radioterapia empleada", ha subrayado Arbea.



Jesús Javier Sola, José Carlos Subtil, Leire Arbea, José Javier Aristu y José Luis Hernández-Lizoáin, delante de un acelerador lineal, el equipo para administrar radioterapia.

PRESERVAR EL ESFÍNTER

En el tratamiento del cáncer de recto de localización muy baja, una cirugía radical implica la extirpación del esfínter. Según Leire Arbea, "si antes de la cirugía somos capaces de predecir con seguridad que no existe afectación ganglionar tras la quimio-radio, podríamos ofrecer a ese paciente una cirugía menos radical que preserve la función del esfínter. Eso sí, tendríamos que comprobar además una excelente respuesta al tratamiento de quimio-radioterapia en el tumor primario, porque otro de los datos de este estudio es que los pacientes con desaparición casi completa o completa del tumor primario tras la quimio-radioterapia no tenían tampoco afectación ganglionar".



Una técnica cada vez más utilizada

Las imágenes muestran una extracción renal por laparoscopia y el posterior implante. La modalidad terapéutica del trasplante cruzado se ha desarrollado en países donde la donación de cadáver es inexistente o más baja que en España, en parte porque ha disminuido el número de accidentes de tráfico. Es el caso de Holanda, Estados Unidos, Reino Unido y Corea del Sur, lugares en los que se practica desde hace quince años con muy buenos resultados.

DIARIO MEDICO.COM
Puede consultar en el web más informaciones sobre trasplantes, nefrología y urología.

NEUROCIENCIA CIENTÍFICOS DE OXFORD DESVELAN LAS REGIONES CEREBRALES IMPLICADAS

El efecto placebo en imágenes: lo que duele es el pesimismo

➔ Un fármaco que quiera demostrar su eficacia tiene que cotejarse frente a placebo. Este sistema para determinar el valor de un tratamiento

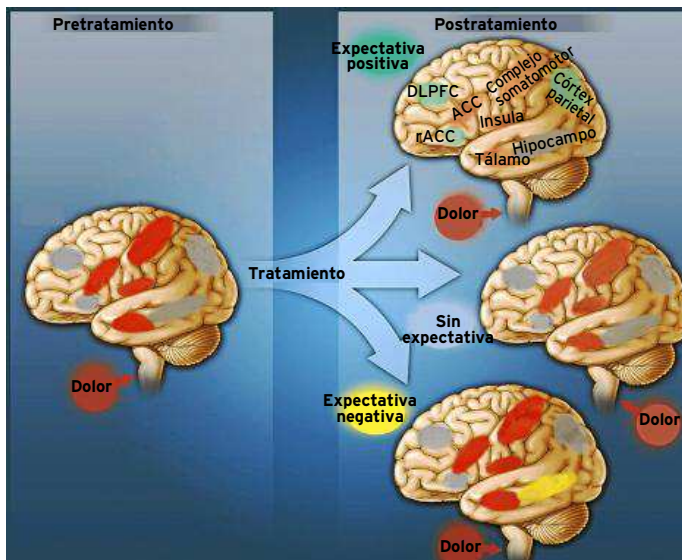
dista mucho de ser perfecto, pues las expectativas del propio enfermo ante el resultado de la terapia también influyen en la respuesta.

■ Redacción

El llamado efecto placebo puede distorsionar el resultado de los ensayos clínicos, en especial cuando el propio paciente es quien lo refiere. Con las técnicas de neuroimagen actuales se puede investigar qué resultados psicobiológicos proceden de las expectativas del paciente y no de la acción del fármaco. Y así lo han hecho unos investigadores, que publican un estudio hoy en *Science Translational Medicine*, donde revelan con técnicas de imagen no invasivas cómo los pensamientos y emociones de la persona tratada pueden influir significativamente en la eficacia de un fármaco. Se trata de uno de los pocos trabajos que ilustra con pruebas científicas este hecho.

Los autores, encabezados por Ulrike Bingel, de la Universidad de Oxford (Reino Unido), sugieren que la actividad neuronal en ciertas áreas cerebrales puede monitorizarse para observar de forma objetiva la eficacia de un fármaco en un enfermo concreto. Estos científicos han examinado cómo una perspectiva optimista o una pesimista sobre determinado tratamiento para el dolor altera la actividad cerebral en unos voluntarios sanos.

Para ello, emplearon un estimulador térmico -dispositivo que en el laboratorio induce y mide el dolor- sobre la pierna de los voluntarios. Antes de administrarles el analgésico (remifentanilo), los científicos explicaron a los sujetos cuál sería el



resultado: a algunos les dijeron que no tendría ningún efecto; a otros, que disminuiría el dolor y, a los menos afortunados, que podría empeorar los síntomas.

Los sujetos que esperaban cierta eficacia en el fármaco no se decepcionaron: registraron el doble de alivio que aquellos que no esperaban ningún efecto, aunque estos últimos sí experimentaron cierta mejoría. En cambio, los que creían que el remifentanilo empeoraría su situación aseguraron que su dolor no había cambiado.

Al observar las imágenes cerebrales, se pudo constatar que la sospecha de que el dolor aumentaría se acompañaba de un aumento de la activación neuronal en el hi-

Los sujetos que esperaban un efecto positivo del fármaco experimentaron el doble de alivio que los que no esperaban ninguno

pocampo, la corteza cingulada frontal media y la corteza prefrontal medial, zonas implicadas en el estado de ánimo y la ansiedad. Esas mismas regiones, pero en quienes esperaban alguna o ninguna eficacia del analgésico, registraron menor actividad. Los científicos también constataron una actividad más intensa en la corteza cingulada anterior y en el es-

tríado de los sujetos optimistas. De esta forma se dificulta el acceso de las señales dolorosas a la médula espinal y el cerebro.

En un comentario adjunto publicado en la misma revista, Randy L. Gollub, del Hospital General de Massachusetts, defiende que entender y controlar el contexto psicológico en el que el paciente recibe el tratamiento es importante para el resultado. Y recuerda que, según el manual clásico de la medicina china, escrito en el siglo I a. C., "si el paciente no recibe la terapia con un compromiso positivo, el médico debe desistir, pues no tendrá éxito".

■ (*Science Trans Med* 2011; 3: 70p5).

INMUNOTERAPIA MÁS FÁCIL DE FABRICAR

Una vacuna contra la gripe derivada de cultivo celular, tan eficaz como las actuales

■ Redacción

Un estudio que se publica hoy en la edición electrónica de *The Lancet* ha mostrado que una vacuna contra la gripe derivada de cultivo celular es tan eficaz como las vacunas disponibles actualmente y podría ser menos susceptible a problemas de manufactura. Además, el nuevo método posibilitaría la incorporación de las cepas estacionales predichas ese año mucho más tarde que con las técnicas que se emplean hoy en día, reduciendo las posibilidades de error.

En este trabajo, coordinado por Noel Barrett, del Centro de Investigación Biomédica Baxter BioScience, en Austria, los autores han analizado una vacuna derivada de cultivo de células Vero. Estas células están muy bien caracterizadas y han sido empleadas durante más de 25 años para la producción de vacunas humanas tales como la de la polio o la rabia y, más recientemente, la vacuna del rotavirus.

El ensayo en fase III controlado randomizado fue llevado a cabo en 36

centros de Estados Unidos, en los cuales adultos sanos (de entre 18 y 49 años) fueron asignados a una inyección de placebo o a una vacuna de la gripe derivada de cultivo de células Vero durante la estación de 2008-2009.

Un total de 7.250 participantes fueron asignados de forma randomizada a la vacuna y placebo. La eficacia protectora total para la infección por gripe compatible antigénicamente fue del 78,5 por ciento. La nueva vacuna fue bien tolerada y sin efectos adversos relacionados graves. Estos fueron principalmente leves y transitorios. La respuesta inmune de la vacuna derivada de cultivo celular fue similar a la de las existentes.

En un comentario acompañante, Paul Glezen, de la Facultad de Medicina de Baylor, en Houston, ha señalado que vacunas seguras que contienen antígenos muy parecidos a los virus epidémicos confirmarán la protección.

■ (*The Lancet*; DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62228-3).

INFECCIOSAS SU DURACIÓN Y GRAVEDAD

Los suplementos de zinc reducen el resfriado

■ Redacción

Los suplementos de zinc reducen la gravedad y duración de la enfermedad causada por el resfriado común, según una revisión sistemática de estudios coordinada por Mee-nu Singh, del Instituto de Educación Médica e Investigación en Chandigarh (India), que se publica en el último número de *The Cochrane Library*.

La idea de que el zinc podría ser eficaz contra el catarro común procede de un estudio realizado en 1984, que mostraba que las pastillas de zinc reducen la duración de los síntomas.

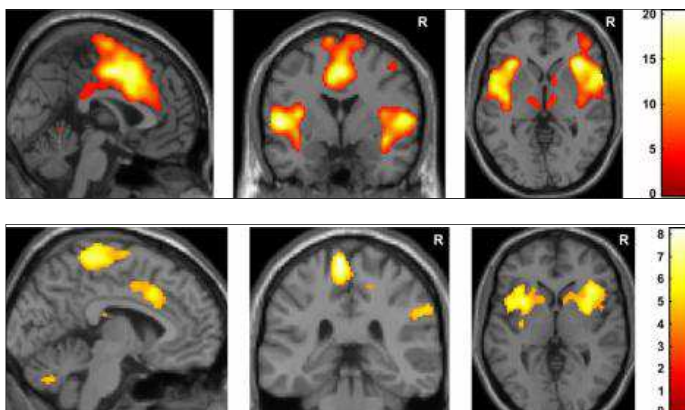
Desde entonces, se han presentado resultados conflictivos en los ensayos y, aunque se han propuesto varias explicaciones biológicas sobre el efecto, ninguna se ha confirmado. La revisión actualiza otro

metanálisis previo realizado en 1999 con datos de varios ensayos nuevos. En total se incluyeron los datos de 15 ensayos en los que participaban 1.360 personas.

Según los resultados, el jarabe o pastillas de zinc tomadas desde el día siguiente al inicio de los síntomas del resfriado reducen la gravedad y duración de la enfermedad. A los siete días, la mayoría de los pacientes que tomaban zinc se encontraban sin síntomas en comparación con aquellos que recibían placebo.

De forma preventiva

Los niños que tomaron jarabe de zinc o pastillas durante cinco meses o más cogieron menos catarros y dejaron de ir al colegio en menos ocasiones. El zinc también redujo el uso de antibióticos en los niños.



Reacciones al dolor

El trabajo se ha llevado a cabo con RM dependiente de los niveles de oxigenación en sangre (RM tipo BOLD). Las imágenes de la primera fila muestran la actividad cerebral generada por los estímulos dolorosos en los voluntarios sanos. La fila inferior revela el efecto de la analgesia con el opioide. La intensidad de la respuesta neuronal en las diferentes regiones cerebrales es mayor, según se aprecia, al sentir el dolor que con la administración del analgésico.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Valsartán Sandoz 40 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Valsartán Sandoz 80 mg comprimidos recubiertos con película EFG. Valsartán Sandoz 160 mg comprimidos recubiertos con película EFG. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Valsartán Sandoz 40 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 40 mg de valsartán. Valsartán Sandoz 80 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 80 mg de valsartán. Valsartán Sandoz 160 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 160 mg de valsartán. Valsartán Sandoz 320 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 320 mg de valsartán. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA. Comprimidos recubiertos con película. Valsartán Sandoz 40 mg comprimidos amarillos con forma ovalada, recubiertos con película, con los bordes biselados, ligeramente convexos, marcados con una "O" en uno de los lados y una "D" en el otro lado y con "MR" en el lado opuesto del comprimido. Los comprimidos se pueden dividir en mitades iguales. Valsartán Sandoz 80 mg comprimidos de color rojo pálido, redondos recubiertos con película con los bordes biselados, marcados con una "D" en uno de los lados y con una "O" en el otro lado y con "WR" en el lado opuesto del comprimido. Los comprimidos se pueden dividir en mitades iguales. Valsartán Sandoz 160 mg comprimidos cuadrados grisáceos, de forma ovalada, ligeramente convexos, marcados con "D" en uno de los lados y con "D" en el otro lado y con "MR" en el lado opuesto del comprimido. Los comprimidos se pueden dividir en mitades iguales. Valsartán Sandoz 320 mg comprimidos violeta grisáceo oscuro, con forma ovalada con los bordes biselados, convexos, y con la marca "DC" y con el otro lado con "DC" y con "MR" en el lado opuesto del comprimido. Los comprimidos se pueden dividir en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Hipertensión. Tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **Indicaciones especiales.** Tratamiento de pacientes clínicamente estables con insuficiencia cardíaca sintomática o detención sintomática de la insuficiencia cardíaca sintomática tras un infarto de miocardio reciente (12 horas-10 días) (ver secciones 4.4 y 5.1). **Insuficiencia cardíaca.** Tratamiento de la insuficiencia cardíaca sintomática cuando no se puedan utilizar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o como tratamiento añadido a los inhibidores de la ECA cuando no se pueden utilizar betabloqueantes (ver secciones 4.4 y 5.1). **4.2. Posología y forma de administración.** **Posología hipertensión.** La dosis de inicio recomendada de valsartán es de 80 mg una vez al día. El efecto antihipertensivo está sustancialmente presente en 2 semanas, y se alcanzan efectos máximos en 4 semanas. En algunos pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente, la dosis puede incrementarse a 160 mg y a un máximo de 320 mg. Valsartán puede administrarse también con otros antihipertensivos. La adición de un diurético como hidroclorotiazida, disminuirá todavía más la presión arterial en estos pacientes. **Indicaciones especiales.** En pacientes clínicamente estables, el tratamiento puede iniciarse a las 12 horas tras un infarto de miocardio. Tras una dosis inicial de 20 mg dos veces al día, valsartán debe ajustarse a 40 mg, 80 mg y 160 mg dos veces al día en las semanas siguientes. La dosis de inicio se obtiene a partir del comprimido divisible de 40 mg. La dosis máxima de elección es de 160 mg dos veces al día. En general, se recomienda que los pacientes alcancen un nivel de dosis de 80 mg dos veces al día hacia las dos semanas después del inicio del tratamiento y que la dosis máxima de elección, 160 mg dos veces al día, se alcance hacia los tres meses, en base a la tolerancia del paciente. Se debe considerar una reducción de la dosis si se produce hipotensión sintomática o alteración de la función renal. Valsartán puede utilizarse en pacientes tratados con otros fármacos para el post-infarto de miocardio, p.ej. betabloqueantes, ácido acetilsalicílico, betabloqueantes, estatinas y diuréticos. No se recomienda la combinación con inhibidores de la ECA (ver secciones 4.4 y 5.1). La embolización de los pacientes después de un infarto de miocardio debe incluir siempre una reducción de la función renal. **Insuficiencia cardíaca.** La dosis de inicio recomendada de valsartán es de 40 mg dos veces al día. El ajuste de la dosis hasta 80 mg y 160 mg dos veces al día se realizará a intervalos de dos semanas hasta alcanzar la dosis más alta compatible con la tolerancia del paciente. Se debe considerar reducir la dosis de los diuréticos que se administran de forma concomitante. La dosis diaria máxima administrada en los ensayos clínicos es de 320 mg en dosis divididas. Valsartán puede administrarse junto con otros tratamientos para la insuficiencia cardíaca. No obstante, no se recomienda la triple combinación de un inhibidor de la ECA, un betabloqueante y valsartán (ver secciones 4.4 y 5.1). **Forma de administración.** Valsartán Sandoz puede administrarse independientemente de las comidas y debe administrarse con agua. **Interacción adicional sobre poblaciones especiales.** **Pacientes de edad avanzada.** No se necesita ajuste de la dosis en pacientes de edad avanzada. **Insuficiencia renal.** No se necesita ningún ajuste de la dosis en los pacientes con un aclaramiento de creatinina > 10 ml/min (ver secciones 4.4 y 5.2). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada sin colestasis, la dosis de valsartán no debe superar los 80 mg. Valsartán está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática grave y en pacientes con colestasis (ver secciones 4.3, 4.4 y 5.2). **Pacientes pediátricos.** No se recomienda la administración de valsartán a menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **4.3. Contraindicaciones.** - Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. - Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar y colestasis. - Segundo y tercer trimestre del embarazo (ver secciones 4.4 y 4.6). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Hipotensión.** No se recomienda el uso concurrencial de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros agentes que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.). Debe realizarse oportunamente la monitorización de los niveles de potasio. **Pacientes con depresión de sodio y/o volumen.** Los pacientes con una depresión grave de sodio y/o volumen, como los que reciben dosis elevadas de diuréticos, pueden experimentar, en casos raros, una hipotensión sintomática después de comenzar el tratamiento con valsartán. La depresión de sodio y/o volumen deberá corregirse antes del tratamiento con valsartán; por ejemplo reduciendo la dosis del diurético. **Estenosis de la arteria renal.** No se ha establecido la seguridad de valsartán en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. La administración a corto plazo de valsartán a dose pacientes con hipertensión renovascular secundaria a estenosis unilateral de la arteria renal no indujo cambios significativos en la hemodinámica renal, la creatinina sérica ni el sangrado aneico en sangre (EUF). Sin embargo, dado que otros agentes que afectan al sistema renina-angiotensina pueden incrementar la angina de pecho y la creatinina sérica en los pacientes con estenosis unilateral de la arteria renal, se recomienda monitorizar la función renal cuando se trata a estos pacientes con valsartán. **Transplante renal.** Actualmente no existe experiencia sobre la seguridad de uso de valsartán en pacientes que hayan sufrido recientemente un transplante renal. **Hipertensión pulmonar idiopática.** Los pacientes con hipertensión pulmonar no deben ser tratados con valsartán ya que su sistema renina-angiotensina no está activado. **Embarazo, lactancia, fertilidad y riesgo de aborto espontáneo.** **Hipertensión obstétrica.** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MHO). **Insuficiencia renal.** No es necesario ajustar la dosis en los enfermos con un aclaramiento de creatinina > 10 ml/min. Actualmente no existe experiencia sobre la seguridad de uso de valsartán en pacientes con un aclaramiento de creatinina < 10 ml/min ni en pacientes sometidos a diálisis, por lo que valsartán debe utilizarse con precaución en estos pacientes (ver secciones 4.4 y 5.2). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada sin colestasis, valsartán debe administrarse con precaución (ver secciones 4.2 y 5.2). **Embarazo.** No se debe iniciar ningún tratamiento con antagonistas del receptor de la Angiotensina II (ARAII) durante el embarazo. Salvo que se considere esencial continuar el tratamiento con ARAII, los pacientes que estén planeando quedarse embarazados deberán cambiar a un tratamiento antihipertensivo alternativo que tenga un perfil de seguridad conocido para su uso durante el embarazo. Cuando se diagnostique un embarazo, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento con los ARAII y, si procede, iniciar un tratamiento alternativo (ver secciones 4.3 y 4.6). **Indicaciones especiales.** La combinación de captopril y valsartán no ha demostrado ningún beneficio clínico adicional, un cambio se observó un aumento del riesgo de acontecimientos adversos en comparación con el tratamiento con los respectivos principios activos en monoterapia (ver secciones 4.2 y 5.1). Por lo tanto, no se recomienda la combinación de valsartán con un inhibidor de la ECA. Se deberá tener cuidado cuando se inicie el tratamiento en pacientes después de un infarto de miocardio. La evaluación de los pacientes después de un infarto de miocardio deberá incluir siempre una valoración de la función renal (ver sección 4.2). El uso de valsartán en pacientes después de un infarto de miocardio puede dar lugar a una cierta reducción de la presión arterial. No obstante, si se sigue la pauta posológica, normalmente no es necesario interrumpir el tratamiento por una hipotensión sintomática continuada (ver sección 4.2). **Insuficiencia cardíaca.** En pacientes con insuficiencia cardíaca, la triple combinación de un inhibidor de la ECA, un betabloqueante y valsartán no ha demostrado ningún beneficio clínico (ver sección 5.1). Esta combinación parece aumentar el riesgo de acontecimientos adversos y por lo tanto no se recomienda. Se deberá tener cuidado cuando se inicie el tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca. La evaluación de los pacientes con insuficiencia cardíaca deberá incluir siempre una valoración de la función renal (ver sección 4.2). El uso de valsartán en pacientes con insuficiencia cardíaca suele dar lugar a una cierta reducción de la presión arterial. No obstante, si se sigue la pauta posológica, normalmente no es necesario interrumpir el tratamiento por una hipotensión sintomática continuada (ver sección 4.2). **Otros aspectos con relevancia del sistema renina-angiotensina.** En pacientes cuya función renal puede depender de la actividad del sistema renina-angiotensina (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal aguda y/o crónica), el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se ha asociado con oliguria y/o azotemia progresiva y en casos raros con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Como valsartán es un antagonista de la angiotensina II, no puede excluirse que el uso de valsartán puede asociarse con una alteración de la función renal. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Uso concomitante no recomendado.** **Litio.** Se han descrito aumentos revesibles de las concentraciones séricas de litio y de sus efectos tóxicos durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA. Debido a la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda una monitorización cuidadosa de los niveles séricos de litio. **Diuréticos ahorradores de potasio; suplementos de potasio; sustitutos de la sal que contengan potasio y otros sustitutos que pueden aumentar los niveles de potasio.** Si se considera necesario el uso de un medicamento que afecte a los niveles de potasio en combinación con valsartán, se recomienda monitorizar los niveles plasmáticos de potasio. **Precauciones especiales con el uso concomitante.** Medicamentos antifibrinolíticos o esteroideos (ANES), antígenos inhibidores selectivos de la COX-2 ácido acetilsalicílico (> 75 mg/día) y ANES se afectan. Cuando se administran concomitantemente de la angiotensina II concomitantemente con ANES, puede alterarse el efecto antihipertensivo. Asimismo, la administración concomitante de antagonistas de la angiotensina II y ANES puede aumentar el riesgo de empesamiento de la función renal y un suero del potasio sérico. Por ello, se recomienda monitorizar la función renal al inicio del tratamiento, así como una adecuada hidratación del paciente. Otros. En estudios de interacción farmacológica con valsartán, no se han hallado interacciones clínicamente significativas con valsartán ni con ninguno de los siguientes sustancia: clonidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, nifedipina y glibenclamida. **4.6. Embarazo y lactancia.** **Embarazo.** No se recomienda el uso de los ARAII durante el primer trimestre del embarazo (ver sección 4.6). Está contraindicado el uso de ARAII durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (ver secciones 4.3 y 4.6). La evidencia epidemiológica sobre el riesgo de teratogenicidad tras la exposición a inhibidores de la ECA durante el primer trimestre de embarazo no ha sido concluyente; sin embargo, no se puede excluir un pequeño aumento del riesgo. Aunque no hay datos epidemiológicos específicos sobre el riesgo que conlleva la administración de ARAII durante el embarazo, pueden existir riesgos sin lugar a dudas para este tipo de medicamentos. Salvo que se considere esencial continuar el tratamiento con ARAII, los pacientes que estén planeando quedarse embarazados deberán cambiar a un tratamiento antihipertensivo alternativo que tenga un perfil de seguridad conocido para su uso durante el embarazo. Cuando se diagnostique un embarazo, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento con los ARAII y, si procede, iniciar un tratamiento alternativo. Se sabe que la exposición a ARAII durante el segundo y el tercer trimestre induce latencia/hipertensión humana (disminución de la función renal), oliguria, retraso de la osificación craneal y toxicidad neonatal (fallo renal, hipotensión, hipopotasemia; ver sección 5.3 "Datos preclínicos sobre seguridad"). Si se produce una exposición a ARAII a partir del segundo trimestre del embarazo, se recomienda realizar una prueba de ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes cuyos madres hayan sido tratados con ARAII deberán ser cuidadosamente monitorizados por si se produce hipotensión (ver también secciones 4.3 y 4.4). **Lactancia.** Puesto que no existe información relativa a la utilización de este medicamento durante la lactancia, se recomienda no administrar valsartán durante este período. Es preferible cambiar a un tratamiento cuyo perfil de seguridad en el período de lactancia sea más conocido, especialmente en recién nacidos o prematuros. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir. Al conducir o utilizar máquinas, debe tenerse en cuenta que ocasionalmente puede aparecer mareo o fatiga. **4.8. Reacciones adversas.** En ensayos clínicos controlados en pacientes con hipertensión, la incidencia total de reacciones adversas (RA) fue comparable a la del placebo y acorde con la farmacología de valsartán. La incidencia de RA no parece estar relacionada con la dosis ni con la duración del tratamiento y tampoco mostró asociación alguna con el sexo, la edad o la raza. Las RA notificadas en los ensayos clínicos, experiencia post-comercialización y datos de laboratorio se enumeran a continuación, clasificados por órgano y sistema. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia, con las más frecuentes primero, según la siguiente convención: muy frecuentes (> 1/10); frecuentes (> 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (> 1/1.000 a < 1/100); raras (> 1/10.000 a < 1/1.000); muy raras (< 1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Para todos los RA notificadas en la experiencia post-comercialización y en los datos de laboratorio, no es posible aplicar ninguna frecuencia, y por tanto, se mencionan con una "frecuencia no conocida". El perfil de seguridad observado en ensayos clínicos controlados en pacientes después de un infarto de miocardio y/o con insuficiencia cardíaca es diferente del perfil general de seguridad observado en pacientes hipertensos. Esto puede tener relación con la enfermedad subyacente de los pacientes. Las RA que tuvieron lugar en pacientes tras un infarto de miocardio y/o con insuficiencia cardíaca se enumeran a continuación.

4.9. Sobredosis. **Síntomas.** La sobredosis por valsartán puede dar lugar a una marcada hipotensión, que puede provocar un nivel bajo de conocimiento, colapso circulatorio y/o shock. **Tratamiento.** Los medios terapéuticos dependen del momento de la ingestión y del tipo y gravedad de los síntomas, siendo de suma importancia la estabilización del estado circulatorio. Si se produce hipotensión, se colocará al paciente en posición supina y se instaurarán medidas de corrección del volumen sanguíneo. No es probable que valsartán se elimine mediante hemodiálisis. **5. DATOS FARMACOLÓGICOS. 5.1. Lista de excipientes. Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Croscarmellose, Sílice coloidal anhidra, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Hipromelosa. **Dato de lote (E171):** M80001000. **Rajo rojo de hierro (E172):** Anilina óxido de hierro (E172). **Magra óxido de hierro (E172):** Adonirubrina purpúrea de Valsartán Sandoz 40mg/160mg/320mg. **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3. Período de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el envoltorio original para protegerlo de la humedad. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Cada caja de 40 mg, 80 mg y 160 mg. Blistar de PVC/PVDC, Blistar PVC/PE/PVDC, Blistar PAAL/PVC. Todos los blister están recubiertos con una lámina de aluminio con capa termosealada (violeta / acrílico). **Tamaño de envase:** 7, 10, 14, 15, 20, 28, 30, 30, 30x1, 36, 60, 90, 90, 100 o 280 comprimidos recubiertos con película. **Paquete de 320 mg:** Blistar de PVC/PVDC, Blistar de PAAL/PVC. Todos los blister están recubiertos con una lámina de aluminio con capa termosealada (violeta / acrílico). **Tamaño de envase:** 7, 10, 14, 15, 20, 28, 30, 30, 50x1, 36, 60, 90, 90, 100 o 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que no estén comercializados todos los tamaños de envase.

6.6. Precauciones especiales de eliminación. Ninguno especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Sandoz Farmaceutica, S.A. Centro Empresarial Osa Mayor, Avda. Osa Mayor, nº 4, 28023 (Huelva) Madrid, España. **8. NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 72.944. Valsartán Sandoz 40 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 14 comprimidos. 72.944. Valsartán Sandoz 80 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 28 comprimidos. 72.944. Valsartán Sandoz 160 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 28 comprimidos. 72.944. Valsartán Sandoz 320 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 28 comprimidos. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** 26/10/2010. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** 11. **PRESENTACIÓN, CÓDIGO NACIONAL Y PRECIO.** VALSARTAN SANDOZ 40 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 14 comprimidos. C.N. 672.754. PVP (IVA 4,50 €). VALSARTAN SANDOZ 80 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 28 comprimidos. C.N. 672.756. PVP (IVA 11,88 €). VALSARTAN SANDOZ 160 mg comprimidos recubiertos con película EFG, 28 comprimidos. C.N. 672.757. PVP (IVA 16,78 €). **12. RÉGIMEN DE PRESENTACIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta ordinaria. **13. CONDICIONES DE LA PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SMS.** Incluido en la prestación farmacéutica del S.N.S. Aportación reducida. **Fecha de creación de la ficha técnica promocional:** 14-01-2011

Hipertensión	
Trazamos de la sangre y del sistema límbico	
Frecuencia no conocida	Disminución de la hemoglobina, elevación de los transaminasas, leucopenia, trombocitopenia
Trazamos del sistema inmunológico	
Frecuencia no conocida	Hipersensibilidad (incluyendo enfermedad del suero)
Trazamos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuencia no conocida	Aumento del potasio sérico
Trazamos del ojo y del laberinto	
Poca frecuencia	Mareo
Trazamos vasculares	
Frecuencia no conocida	Vasodilatación
Trazamos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Poca frecuencia	Tos
Trazamos gastrointestinales	
Poca frecuencia	Dolor abdominal
Trazamos hepato-biliares	
Frecuencia no conocida	Desviación de los valores de la función hepática, incluyendo aumento de la bilirrubina sérica
Trazamos de la piel y del tejido subcutáneo	
Frecuencia no conocida	Angioedema, erupción cutánea, prurito
Trazamos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Frecuencia no conocida	Malgno
Trazamos renales y urinarios	
Frecuencia no conocida	Insuficiencia y deterioro renal, elevación de la creatinina sérica
Trazamos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Poca frecuencia	Fatiga

Después de un infarto de miocardio y/o con insuficiencia cardíaca	
Trazamos de la sangre y del sistema límbico	
Frecuencia no conocida	Trombocitopenia
Trazamos del sistema inmunológico	
Frecuencia no conocida	Hipersensibilidad (incluyendo enfermedad del suero)
Trazamos del metabolismo y de la nutrición	
Poca frecuencia	Hipopotasemia
Frecuencia no conocida	Aumento del potasio sérico
Trazamos del sistema nervioso	
Frecuencia	Mareo, náusea postural
Poca frecuencia	Sincope, Delirio
Trazamos del ojo y del laberinto	
Poca frecuencia	Mareo
Trazamos cardíacos	
Poca frecuencia	Insuficiencia cardíaca
Trazamos vasculares	
Frecuencia	Hipotensión, hipotensión ortostática
Frecuencia no conocida	Vasodilatación
Trazamos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Poca frecuencia	Tos
Trazamos gastrointestinales	
Poca frecuencia	Mareo, diarrea
Trazamos hepato-biliares	
Frecuencia no conocida	Desviación de los valores de la función hepática
Trazamos de la piel y del tejido subcutáneo	
Poca frecuencia	Angioedema
Frecuencia no conocida	Erupción cutánea, prurito
Trazamos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Frecuencia no conocida	Malgno
Trazamos renales y urinarios	
Frecuencia	Insuficiencia y deterioro renal
Poca frecuencia	Insuficiencia renal aguda, elevación de la creatinina sérica
Frecuencia no conocida	Aumento del oligoanión aneico en sangre
Trazamos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Poca frecuencia	Adormecimiento, fatiga

MURCIA SERÁN MÁS DE DOS MILLONES DE EUROS MENOS PARA LA UMH

El SMS reduce cuotas de conciertos con la privada

► La Unión Murciana de Hospitales (UMH) verá reducidos sus ingresos por conciertos asistenciales con el servicio regional de salud en más de dos millones de euros, lo que pone contra las cuerdas a las clínicas privadas.

■ Pilar Laguna

Murcia

El Servicio Murciano de Salud (SMS) ha anunciado que este año ahorrará más de dos millones de euros reduciendo en un cinco por ciento las cuotas de concertación con los centros sanitarios privados, que en 2010 prestaron servicios sustitutos de la sanidad pública por 130 millones.

Se trata de un acuerdo que la Unión Murciana de Hospitales (UMH) -aglutinadora de 31 centros sanitarios de naturaleza diversa, catorce de ellos con hospitalización- ha tenido que aceptar "a pesar de la delicada posición y de los problemas de tesorería de algunas clínicas", según el presidente de esta organización, Fernando Mesa del Castillo, que asegura que "harán encajes de bolillos para no bajar la calidad asistencial ni despedir empleados". Los centros de la UMH emplean directamente a 2.500 trabajadores, sin contar a varios cientos que les prestan servicios como autónomos.

"Son medidas destinadas a mantener la sostenibilidad del SMS, con el que la colaboración de los centros concertados es fundamental", explica Andrés Carrillo, director general de Régimen

Económico, que alaba la voluntad negociadora de los hospitales privados. De esta forma, las arcas del SMS pagarán 2,11 millones menos que el año pasado, ahorrando 1,4 millones en procedimientos quirúrgicos y 714.000 euros en pruebas complementarias.

Mesa del Castillo califica la relación con el sistema público de salud de imprescindible, ya que afecta a casi el 50 por ciento de la población: "No somos colaboradores ni complementarios del SMS, somos una tercera parte de su actividad. Si cerráramos de la noche a la mañana habría que instalar hospitales de campaña". El representante de la UMH matiza que el 30 por ciento de la actividad quirúrgica del SMS se hace en hospitales privados, además de cubrir un 17 por ciento adicional con las compañías aseguradoras. Esa suma implica a casi la mitad de la población atendida o, haciendo números con otra fórmula, que las 1.800 camas que prestan las catorce clínicas privadas sustituyan a un gran hospital.

A la reducción de las cuotas por concierto se suma el retraso en los pagos por parte del SMS, lo que pone a al-

gunas entidades contra las cuerdas al aumentar el gasto de financiación. La merma de ingresos se convierte en un 7 por ciento al aumentar el IVA en dos puntos, y también habría que considerar las estrecheces *per se* que pasan algunos centros al bajar el número de pacientes privados por la situación económica.

Optimización

¿Soluciones para sobrevivir?

"Trataremos de optimizar recursos y mejorar nuestra administración, ralentizar los programas de crecimiento y manejarnos con una economía muy restrictiva. Hay que tener en cuenta que tenemos tecnología avanzada, que los aparatos se estropean y que tenemos que renovarlos", recalca el directivo de la UMH.

Son hospitales -alguno supera las 200 camas- cuya actividad asistencial se concentra hasta el 90 por ciento por el servicio regional de salud, en especial para la cirugía, que viene planificada desde los servicios de los hospitales públicos como si se tratase de quirófanos satélite, puesto que son los mismos médicos del SMS quienes operan. Y en cuanto a pruebas diagnósticas, utili-



Fernando Mesa del Castillo, presidente de la UMH.

No somos colaboradores ni complementarios del SMS. Si cerráramos de la noche a la mañana habría que instalar hospitales de campaña

zan recursos materiales y humanos propios.

"Es un error pensar que a los conciertos asistenciales se acude en momentos puntuales. Reportamos grandes ventajas económicas al sistema público", Mesa del Castillo explica que por cada diez euros que se gasta en un hospital del SMS, ellos pueden ahorrarse seis en un centro privado. "La calidad asistencial es la misma con menos gasto porque estos hospitales se han diseñado para determinados procesos, y ello optimiza resultados". Sin embargo, recalca que la situación no podrá mantenerse mucho tiempo, y que el año próximo habrá que renegociar el convenio.

Salvando los problemas

desencadenados por la crisis económica, este médico gestor se muestra satisfecho con la relación establecida con el SMS. "Estamos muy bien integrados y cada vez se hace mejor la derivación público-privada de pacientes, no sólo porque el engranaje ya está bien engrasado, sino porque aumenta la confianza de los enfermos".

Por su parte, Carrillo ha señalado que la apertura de los dos hospitales de Cartagena y el Mar Menor no afectará a la disminución de estos conciertos tan arraigados, "si acaso ligeramente a procesos quirúrgicos y pruebas diagnósticas, pero no a cuidados medios, que seguirán concertándose con centros privados del área".

VIZCAYA HA COSTADO 7 MILLONES DE EUROS

En marcha el Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos

■ Marcelo Curto

Bilbao

Con una inversión de 7 millones de euros y un presupuesto anual de 20 millones, el País Vasco acaba de poner en marcha la infraestructura que coordinará la obtención de sangre y tejidos humanos, su tratamiento, almacenaje y suministro a todos los hospitales, públicos y privados de la comunidad autónoma.

El lendakari, Patxi López, inauguró ayer junto al consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco, Rafael Bengoa, y el director del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Julián Pérez Gil, las nuevas instalaciones del Centro Vasco de Transfusiones y Tejidos Humanos, ubi-

cado junto al Hospital Galdakao-Usansolo, en Vizcaya, y que cuenta con una superficie total de 4.000 metros cuadrados. Estará dirigido por Miguel Ángel Vesga -alma del proyecto-, con el apoyo del gerente, Roberto Ibarretxe.

El nuevo centro está conformado por una plantilla de cerca de 200 profesionales. Entre sus funciones destacan la de colecta y recogida de donaciones, la donación de aféresis y médula ósea, la producción y el almacenamiento y distribución de componentes sanguíneos. Cuenta con un laboratorio general, un área de procesamiento y almacenaje de tejidos, un laboratorio de biolo-



Rafael Bengoa, Miguel Ángel Vesga, Patxi López, Julián Pérez Gil y Roberto Ibarretxe.

gía molecular y un laboratorio de terapia celular, así como un espacio destinado al control de las unidades móviles que realizan las colectas.

El centro procesará entre 400 y 500 donaciones de sangre diarias, lo que supone cerca de 100.000 anua-

les. Las nuevas instalaciones posibilitan su distribución al día siguiente de su donación, tanto a centros públicos como privados.

Igualmente procesa y analiza los tejidos humanos, distribuyéndolos a los servicios de implante. Entre los tejidos que se procesarán en el

centro se encuentran piel, córneas, diversos tejidos músculo-esqueléticos, segmentos vasculares, etc. También procesa y almacena células tanto de donantes de médula ósea como de cordón umbilical, y los incorpora a los registros mundiales existentes.

EMPRESAS

GENÉRICOS

Onedose ofrece en España fármacos en unidosis

■ Redacción

La nueva compañía española Onedose Pharma ha anunciado el comienzo de su actividad en el mercado español, en el que comercializará medicamentos en dosis unitarias para responder al nuevo marco impuesto por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con la implantación de la venta de fármacos en unidosis como medida de ahorro en la factura farmacéutica.

Rosa Pardina, directora y fundadora del proyecto explica que éste llevaba ya un año en marcha cuando el ministerio anunció la unidosis como parte de las medidas para reducir el déficit en mayo de 2010. En concreto, "Onedose había adaptado la maquinaria para la fabricación y estaba empezando a presentar las solicitudes de autorización de registro".

Por otra parte, Onedose Pharma y el Grupo Ferrer han firmado un acuerdo por el que ésta última distribuirá los medicamentos en formato unitario de Onedose Pharma. Los primeros productos de Onedose Pharma han recibido ya la autorización de comercialización como medicamentos genéricos incorporados a la prestación farmacéutica. Se estima que podrán estar disponibles el próximo mes de abril.

Acuerdo de Astellas y Optimer

Astellas Pharma Europe ha alcanzado un acuerdo de licencia y colaboración con Optimer Pharmaceuticals para el desarrollo y comercialización de fidaxomicina, un antibiótico en investigación para combatir las infecciones por *Clostridium difficile*. Fidaxomicina es un antibiótico macrocíclico de administración oral con un nuevo mecanismo de acción y espectro limitado que está en fase de evaluación de su autorización para ser comercializado en Estados Unidos y Europa.



INNOVACIÓN

BIOMATERIALES Y ENTORNO CELULAR

Nanopartículas con fármacos antitumorales

➔ La investigación para el empleo de biomateriales se extiende a varias áreas terapéuticas. Las posibilidades en el campo de las nanopartículas con actividad antitumoral están entre las más prometedoras, aunque la

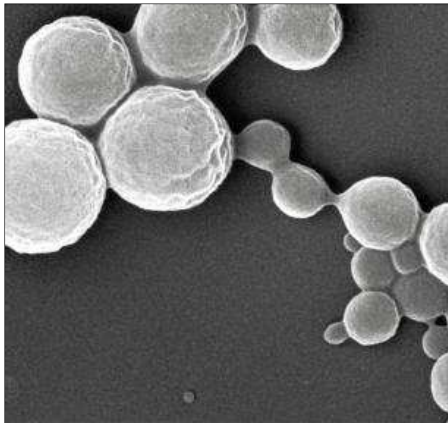
aplicación de biomateriales se busca también a través de biocerámicas de alúmina dopadas con zirconia para prótesis de cadera y de vectores no virales en terapia génica, entre otros ejemplos.

■ Alejandro Segalás Salamanca

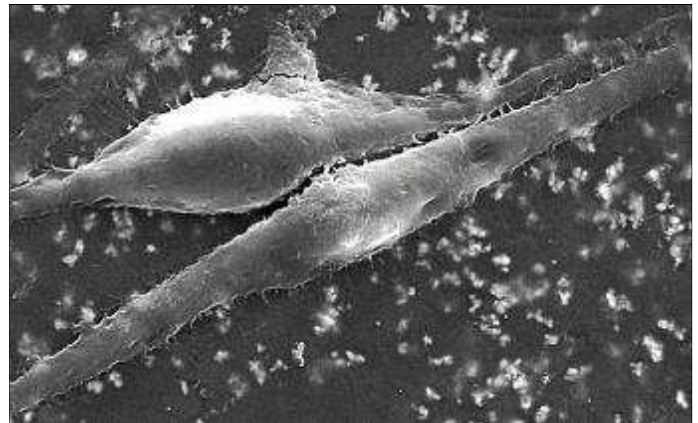
La preparación de nanopartículas que incorporan de forma covalente un fármaco con actividad antitumoral, N-acetil-alfa-D-glucopiranosido, reduce un 40 por ciento la viabilidad celular en glioblastoma humano, según un trabajo del Instituto de Ciencia y Tecnología de Polímeros (CSIC), en el que ha participado la investigadora María Luisa López Donaire. "Se trata de una fase *in vitro*; de ahí que tengamos que esperar ahora a demostrarlo *in vivo* con ratones, pero parecen resultados esperanzadores, explica a DIARIO MÉDICO López Donaire. La investigadora señala, además, que para reducir la alta toxicidad del tratamiento antitumoral se ha configurado el compuesto de nanopartículas buscando mejorar la administración y reducir el riesgo de que afecte a zonas no tumorales.

Redireccionamiento

Con este trabajo de cuatro años de duración, López Donaire pone de manifiesto la endocitosis en estos tratamientos. El proceso de endocitosis en este ámbito pone de relieve el redireccionamiento de estos sistemas a las células tumorales, que puede estar mediado por un reconocimiento ligando-receptor de tipo azúcar-proteína. "Hemos demostrado la endocitosis y nuestro próximo objetivo es saber, una vez dentro de la célula, dónde se manifestaría el tratamiento, puesto que queremos saber en qué fase exacta se expresa", ha comentado, al tiempo que ha pedido prudencia a la hora de mar-



Nanopartículas de copolímeros anfífilicos con actividad antitumoral.



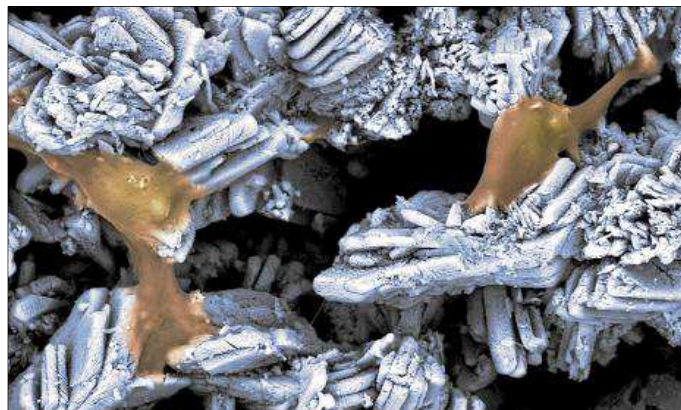
Fibroblastos humanos proliferando sobre un cemento radiopaco.

La utilización de nanopartículas ha logrado una reducción del 40 por ciento de la viabilidad celular en el glioblastoma humano

La investigación ha demostrado la endocitosis, y el próximo objetivo es saber dónde se manifestaría el tratamiento dentro de la célula

car plazos para conocer nuevos avances en este sentido. Este trabajo fue uno de los que centraron las IX Jornadas sobre Biomateriales y el Entorno Celular celebradas en el Complejo Asistencial de Ávila.

José Antonio de Pedro, traumatólogo del Complejo Asistencial de Salamanca y



Osteoblastos humanos proliferando sobre un material cerámico.

uno de los organizadores de las jornadas, comenta, por su parte, los avances en biomateriales en otra área. "Los nuevos copolímeros de N-etil pirrolidona metacrilamida y 1-vinil imidazol para terapia génica pueden tener una buena utilidad para enviar mensajes concretos al ADN con el fin de reparar o

estimular alteraciones asociadas a los genes".

En la reunión se expusieron también que en el ámbito de las biocerámicas las de alúmina dopadas con zirconia son las más utilizadas para prótesis de cadera. "Están demostrando una buena biocompatibilidad y largos periodos de vida en implan-

tes", indica De Pedro. Por otro lado, también destaca la importancia de los cementos óseos a base de fosfatos tricálcicos dopados o no dopados con diversos silicatos cálcicos.

Según los investigadores Ismael García Páez, del Instituto Cerámica y Vidrio del CSIC, y Juan Parra Cáceres,

de la Unidad de Biopatología Experimental del Hospital Provincial de Ávila, la reparación ósea está tendiendo a la obtención de fosfatos tricálcicos también dopados con calcio y con magnesio para poder incrementar su bioactividad, osteoconductividad y propiedades mecánicas.

Biocompatibilidad

Por último, y dentro de las principales novedades de grupos de investigación asociados al CSIC, Diego Velasco explica que en el sistema de polímeros se han sintetizado nuevos copolímeros de N-etil pirrolidona y 1-vinil imidazol con peso molecular y polidispersidad de una manera controlada y sencilla. Estos sistemas poliméricos poseen altas transecciones en presencia de suero fisiológico y presentan buena biocompatibilidad, demostrando ser buenos candidatos como vectores no virales en terapia génica.

IV Conferencia Anual de las Plataformas Tecnológicas de Investigación Biomédica: Medicamentos Innovadores, Nanomedicina y Tecnología Sanitaria. Fomentando la colaboración Farma-Biotech.

Madrid, 28 de febrero y 1 de marzo de 2011
Agenda e inscripciones en: www.medicamentos-innovadores.org



Las Plataformas de Medicamentos Innovadores, Nanomedicina y de Tecnología Sanitaria cuentan con el apoyo financiero del Ministerio de Ciencia e Innovación

PSIQUIATRÍA EL PROGRAMA INCLUYE FORMACIÓN EN AP Y URGENCIAS

Intervención intensiva para detectar el suicidio

→ El Premio Esteve a la Mejor Iniciativa Personal en el Área Médica ha recaído este año en un trabajo realizado por Ernesto Ferrer y su equipo para detectar precozmente el suicidio desde AP y frenar su incidencia.

■ Isabel Gallardo Ponce

Facilitar la identificación de pacientes en riesgo de conducta suicida, que sean derivados adecuadamente y que reciban un tratamiento lo más efectivo posible es el objetivo del Programa de Intervención Intensiva. Un programa preventivo y asistencial orientado a pacientes con conducta suicida, de Ernesto Ferrer del Valle, del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Orense, y su equipo, que ha recibido el Premio Esteve a la Mejor Iniciativa Personal en el Área Médica.

El suicidio debe considerarse un problema de salud muy importante, más que un problema moral. En el 90 por ciento de los casos subyace un trastorno psiquiátrico, siendo la principal causa la depresión. Por tanto, el problema que debe abordarse es la conducta suicida, lo que para prevenir la mortalidad debe incluir tanto los intentos autolíticos

En España cada año mueren 3.500 personas por suicidio y 30.000 lo intentan. En el 90 por ciento de los casos subyace un trastorno psiquiátrico

El programa premiado quiere reducir los intentos autolíticos y los suicidios consumados mediante la detección precoz de los pacientes en riesgo

previos como la ideación suicida. En España la mortalidad tiene una tasa media de 11,2 por cada 100.000 habitantes. Cada año mueren 3.500 personas por suicidio y 30.000 personas más lo intentan.

Así, para detectar a estos pacientes el programa cons-

ta de dos intervenciones. Según explica Ferrer, en la primera se ha diseñado una campaña de formación "para médicos de atención primaria a los que se ha entrenado en exploración de las ideas de suicidio y de sus factores de riesgo, en técnicas de entrevista para pacientes en riesgo, así como formación en criterios de derivación al programa".

Se realizó una revisión sobre la evidencia disponible en el tratamiento, detectando la necesidad de proveer a las personas con conducta suicida de una psicoterapia, "que ha demostrado reducir los reintentos de suicidio y de una evaluación psiquiátrica orientada a la prevención de conducta suicida y su tratamiento. La farmacoterapia no siempre es imprescindible". El programa se realiza en una intervención cerrada de 6 meses con 10 sesiones de psicoterapia, 4 entrevistas con el psiquiatra, seguimiento asertivo de



Ernesto Ferrer Gómez del Valle.

los que no acuden a las revisiones, cuidados de salud a cargo de DUE y seguimiento al año en las consultas de salud mental. "No es un protocolo rígido y se ajusta a las necesidades de cada paciente. Tenemos en marcha un estudio de cohortes con el que vamos a evaluar la eficacia de la intervención en prevención de conducta suicida y suicidio consumado. Los resultados preliminares son muy alentadores".

Ferrer ha querido destacar que "este programa se implantó como piloto en la

provincia de Orense en diciembre de 2008 y continúa en funcionamiento con el apoyo de la Gerencia del Complejo Hospitalario de Orense y la financiación de la Subdirección General de Gestión Sociosanitaria y Salud Mental, con los Fondos de Cohesión Territorial de la comisión interterritorial del SNS".

En el trabajo han colaborado también María Teresa Reijas Ruiz, María José Recimil López, Amparo González García y Fernanda Iglesias Abellas.

TRAUMATOLOGÍA

Lesiones musculares, las que más bajas causan en las guerras

■ Redacción

Las causas principales de la evacuación médica, tanto de civiles como de soldados, en zonas de guerra son las lesiones músculo-esqueléticas y no las relacionadas con el combate. Los daños en la columna vertebral y los trastornos psiquiátricos causados por la guerra son otros de los problemas que tienen que ver con la evacuación, según una investigación realizada por Steven P. Cohen, de la John Hopkins University School of Medicine, y coronel en la reserva de Estados Unidos.

El trabajo se centra en los datos sobre los soldados y los trabajadores civiles que estuvieron en las guerras de Iraq y Afganistán y que fueron evacuados por lesiones o problemas de salud. Los resultados, que se publican en *Canadian Medical Association Journal*, muestran que hay un porcentaje mayor de civiles que vuelven a las zonas de guerra tras ser evacuados que de soldados, en concreto un 22 por ciento frente al 16 por ciento. La razón principal es que han de trabajar para recibir sus sueldos, a diferencia de los soldados, que siguen percibiendo su salario, perdiendo un pequeño porcentaje.

Cohen señala que los trabajadores civiles tienen más probabilidades de ser evacuados por problemas cardíacos debido a que la edad de este sector es más elevado que el del personal del ejército. Los diagnósticos más comunes para los civiles fueron las lesiones musculoesqueléticas, con un 19 por ciento, las relacionadas con el combate, en un 14 por ciento, y los trastornos circulatorios, con un 13 por ciento.

En cuanto a los militares, los daños musculoesqueléticos alcanzaban el 31 por ciento, frente al 6,4 de las lesiones relacionadas con la guerra, el 14 con el combate y el 9 por ciento con trastornos psiquiátricos.

CON LA AYUDA DE VARIOS ITEMS E ICONOS

Información básica en el exterior de los fármacos

■ I.G.P.

El Proyecto Mímame (Más información, menos adversidad, más eficacia) es una propuesta de futuro para mejorar la información de los pacientes al adquirir un fármaco, así como reducir los posibles efectos adversos, advertir de sus posibles limitaciones y mejorar la relación de confianza con el médico y el farmacéutico.

Se trata de "crear un código para cada fármaco formado por una tira de iconos en el exterior del envase y que contenga la información más relevante para evitar los posibles efectos adversos de dicho fármaco. En la propuesta inicial se incluyen 10 ítems, en los que se pretende informar de forma sencilla, simple y consensuada. Cada ítem tiene sus propios iconos", explica José Moreno Rodríguez,

autor de la iniciativa, que ha sido finalista del Premio Esteve a la Mejor Iniciativa Personal en el Área Médica.

Con un vistazo los pacientes obtendrían información adecuada sobre el uso en el embarazo, en la lactancia, en determinadas edades, su influencia en la capacidad de conducción, fotosensibilidad, presencia de excipientes como lactosa, etanol, gluten..., consultar al médico en caso de determinadas patologías, precauciones especiales posible efecto dopante y necesidad de refrigeración.

"La utilización de los símbolos y colores utilizados universalmente o los ya aceptados y aconsejados por entidades como la Agencia Española de Medicamentos será la norma para la creación de nuestra propuesta".



Precauciones:
Diabéticos

Contiene:
Etanol

ASTURIAS FINALISTA EN LOS PREMIOS DEL ÁREA MÉDICA

Los ingresos se reducen un 41% con una UIC para pluripatológicos

■ Redacción

Oviedo El Hospital Valle del Nalón, en Langreo, puso en marcha en 2006 una unidad de insuficiencia cardíaca (UIC) con pacientes pluripatológicos y gestionada por internistas. Los resultados han sido muy favorables, con un descenso en la morbilidad y una disminución de la tasa de reingreso y de la estancia media hospitalaria, iniciándose un proyecto de similares características en el Hospital Carmen y Severo Ochoa, en Cangas de Narcea.

El proyecto, coordinado por Álvaro González Franco, del Servicio de Medicina Interna del centro y promotor de la iniciativa, junto a Iván Suárez y Carmen Fernández, del Valle del Nalón, y José María Fernández Rodríguez, del Hospital Carmen y Severo Ochoa, ha sido finalista del Premio Esteve en el Área Médica. El objetivo de la unidad era conseguir un mejor control de los pacientes, reduciendo el riesgo de descompensación y de ingreso hospitalario. El funcionamiento se sustenta en tres pilares: valoración integral del paciente, optimización de la terapia frente a la insuficiencia cardíaca (IC), y educación sanitaria del pa-

ciente y su entorno para favorecer el autocuidado.

La optimización terapéutica de la IC, siguiendo las guías de práctica clínica, se traduce en porcentajes superiores al 85 por ciento de pacientes con beta-bloqueantes y bloqueadores del eje renina-angiotensina-aldosterona, cifras muy superiores a las descritas en la práctica médica habitual, según González. En el abordaje integral del paciente "nosotros valoramos y seguimos no sólo la IC sino también situaciones habituales de comorbilidad como la insuficiencia renal, anemia, diabetes o EPOC para contemplar al paciente en su conjunto".

Los ingresos hospitalarios de pacientes con insuficiencia cardíaca han disminuido un 23 por ciento (un 60 los que son seguidos en la unidad), mientras que la estancia media ha pasado de 8,57 días a 6,53, lo que significa un 24 por ciento menos. Así, en cuatro años se han reducido las estancias hospitalarias un 41 por ciento, "lo que supone liberar tres camas al día", con las consiguientes ventajas tanto para los pacientes como para el hospital, en lo que ahorro de costes se refiere.

EMPLEO

Policlínica privada del centro de Madrid precisa especialistas en dermatología, reumatología, digestivo, endocrinología, urología y psiquiatría. Contacto: 615 133 780.

La Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social PRECISA cubrir plaza/s. Consultar perfiles y características en <http://fcsai.isciii.es/>

FORMACIÓN

Oposiciones, casos prácticos, especialistas Madrid, Canarias, forenses, urgencias, odontólogos. Cursos perfeccionamiento médico, valoración incapacidades, gestión sanitaria, farmacéuticos. CESS OPOMEDICO, temarios clases presenciales y on line. 915482701 informacion@opomedico.com Teléfono: 917-584-344. www.opomedico.com.

INMOBILIARIA

TRASPASO CLÍNICA RADIOLÓGICA Francisco Silvela, 35. Todas sociedades. Ecógrafo y radiología convencional. Teléfono 625.243.072.

Hermosilla, Bº Salamanca, venta local/oficina 300 m2, 1ª planta, diáfano, exterior, muy luminoso, aire acondicionado,

calefacción central. Directamente propietario. Tfnos: 91.576.63.42 y 636.83.68.32.

Apartamento en alquiler, Castellana, exterior, amueblado, 2 habitaciones, salón-comedor, calefacción central, aire acondicionado. Particular. Tfno: 649.59.56.90.

OFERTA Alquiler despachos 200 euros tarde, 1.500 euros en exclusiva. Francisco Navacerrada, 17. Tfno. 917-130-105.

BECAS

Becas para estudios de posgrado en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.

La Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas Carlos III (CNIO), en colaboración con la Fundación La Caixa, convoca un concurso para la concesión durante 2011 de diez becas para cursar estudios de posgrado en el CNIO. El programa está dirigido a estudiantes españoles y extranjeros que, al menos, hayan finalizado los estudios que cualifican para el inicio de un programa de doctorado. La información está disponible en el portal de Programas Docentes del CNIO: www.cnio.es/phd y en http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/becas/doctordadosbiomedicina_es.html Admisión de solicitudes hasta el 15 de marzo de 2011.

PLANNING

ABRIL

- 6-9 **Oncología.** Foro de Debate en Oncología 2011. Se celebra en Salent de Gallego, Formigal, en Huesca, organizado por Antonio Antón Torres, del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Más información e inscripciones: Tfno. 93 451 17 24. *E-mail:* info@tacticsmd.net
- 7-8 **Psiquiatría.** XVIII International Symposium on Current Issues and Controversies in Psychiatry. Tiene lugar en el Hotel Fira Palace, de Barcelona. Más información: Tfno. 93 221 22 42. *E-mail:* controversias@geyseco.es. Web: www.geyseco.es/controversias/
- 7-8 **Neumología.** XVI Congreso NeumoMadrid. Tiene lugar en el Hotel Convención, en Madrid, organizado por la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Más información: Tfno. 913 576 609. *E-mail:* congresos@grupoaulamedica.com. Web: www.neumomadrid.org
- 7-9 **Cuidados Intensivos.** XI Congreso Castellano-Manchego de Medicina y Enfermería Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Tiene lugar en el Hospital General de Ciudad Real. Más información e inscripciones: Tfno. 969 235 900. *E-mail:* info@simposia-congresos.com. Web: www.somiumcam.org
- 7-9 **Pediatría.** XVI Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Tiene lugar en el Palacio de Congresos de Gijón. Más información e inscripciones: Tfno. 91 330 05 79. *E-mail:* seup2011@viajeseci.es. Web: www.seup.org
- 7-9 **Angiología.** XIX Congreso del Capítulo Español de Flebología. Tiene lugar en el Hotel Abades Nevada Palace, en Granada. Más información e inscripciones: Tfno. 94 427 88 55. Página web: www.congresosxxi.com. *E-mail:* info@congresosXXI.com

- 7-9 **Medicina Reproductiva.** IV Congreso Internacional IVI y II Congreso Internacional de Controversias in Cryopreservation of Stem Cells, Reproductive Cells, Tissue & Organs. Se celebra en el Palacio de Congresos de Valencia. Más información e inscripciones: Tfno. 93 208 11 45. *E-mail:* spain@comtecmed.com. Web: www.comtecmed.com/ivi/2011/
- 7-9 **Odontología.** Fórum Dental del Mediterráneo 2011. Se celebra en la Feria de Barcelona (Avda. Reina María Cristina, s/n). Más información e inscripciones: *E-mail:* comercial@puntex.es. Web: www.puntex.es/fdm
- 7-9 **Dermatología.** XIII Curso Fundamental en Dermatología. Se celebra en el Instituto de Formación Continuada de Barcelona, dirigido por Josep Malveyh y Susana Puig. Más información e inscripciones: Tfno. 93 368 55 38. *E-mail:* sbc@sbc-congresos.es. Web: www.sbc-congresos.com
- 8-9 **Oftalmología.** Avances en Cirugía de la Córnea. Trasplante de córnea, implantes y prótesis corneales. Organizado por el Instituto Barraquer, tiene lugar en su sede de Barcelona (Laforja, 88). Más información e inscripciones: Tfno. 93 414 67 98. Fax: 93 414 12 28. Web: www.co-barraquer.es
- 8-9 **Psicología.** Modelos de Abordaje de la Conflictiva Adolescente: Otto Kernberg y Maria Anna Nicoló. Se celebra en el Colegio de Médicos de Madrid, organizado por la Asociación Psicoanalítica de Madrid y el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Más información e inscripciones: Tfno. 91 431 41 40. *E-mail:* info@conflictivaadolescente.com. Web: www.conflictivaadolescente.com
- 8-10 **Nefrología.** Primer Taller de Nutrición en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Tiene lugar en el Hotel Ego, de Viveiro, en Galicia. Más información e inscripciones: Tfno. 981 216 416. Fax: 981 217 542. *E-mail:* secretaria@congrega.es. Web: www.congrega.es

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/agenzia>

XI ENCUENTRO



Unidad Editorial
Conferencias
Formación

Colaboran:



Compras de los Servicios de Salud

Novedades legislativas y principales proyectos de las CC.AA.





Madrid, 22 de marzo de 2011
Hotel Wellington

Signos y plantee sus cuestiones en nuestros canales 2.0



Asociaciones Colaboradoras:



Portales Colaboradores:



Inscripción a través de 

Atención al cliente y ayuda a la navegación **902 99 62 00**

SOBRE EL TERRENO

MIKEL SÁNCHEZ

➔ Por sus manos han pasado los dos deportistas que siempre encabezan las clasificaciones de mejor deportista español de todos los tiempos: Rafael Nadal y Miguel Indurain.

"Los deportistas son máquinas especiales"

David Rodríguez Carenas

En 2010 Rafa Nadal conquistó el único torneo de Grand Slam que le quedaba: el US Open. En parte fue gracias a Mikel Sánchez, jefe de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Artroscópica de la Clínica USP La Esperanza, de Vitoria, y a la apli-

cación de plasma rico en factores de crecimiento en sus rodillas. Por su consulta han pasado otros deportistas, como los ciclistas Miguel Indurain, Joseba Beloki e Igor González de Galdeano; futbolistas del Sevilla y del Athletic de Bilbao, el pelotari Aimar Olaizola... y



Mikel Sánchez, jefe de la Unidad de Cirugía Ortopédica y Artroscópica de USP La Esperanza.

ciudadanos que no salen en los periódicos.

¿Cómo llegó hasta la medicina deportiva?

-Por muchos factores. Ha-

ce mucho participé en el inicio de la cirugía artroscópica. También he estado en el de las terapias biológicas con factores de crecimiento.

Pero mi actividad normal no son los deportistas, aunque sí los de más repercusión.

¿Y cuál es la diferencia entre ellos y el resto? ¿Están hechos de otra pasta?

-Hay mucha diferencia. Su nivel se debe a su mayor capacidad física, de sufrimiento y de recuperación.

¿Por qué, por su musculatura, por los tratamientos que reciben?

-Los tratamientos son iguales, aunque si hay prisa quizás seamos más valientes y agresivos, porque el premio es mayor. La masa muscular es muy diferente; los deportistas son máquinas especiales. Es como la diferencia entre un caballo normal y otro de carreras. No todo el mundo puede ser campeón de tenis.

¿Existe miedo al aplicar una opción más agresiva?

-Muchas veces. Además, las opciones más agresivas hay que decidir las en un momento. También hubo algo de estrés la primera vez que se aplicaron las terapias biológicas, que no se habían hecho más que con ovejas. Cuando ya hubo resultados desapareció el estrés. Ahora son tratamientos habituales.

¿Cuál es la diferencia entre las terapias biológicas y las dopantes?

-Todas. La única semejanza es la presencia de la sangre. En el dopaje se hacen autotransfusiones. La sangre del deportista se guarda y se inyecta antes de la práctica deportiva, elevando el rendimiento. Nosotros no tratamos a deportistas sanos para mejorar su rendimiento y hacer trampas, sino que recuperamos de lesiones, concentrando las plaquetas en el plasma y aplicándolo en la zona dañada, como se hizo con las rodillas de Nadal.

¿Ha tenido que hacer la distinción muchas veces?

Cuando operamos al jugador portorriqueño de baloncesto Ramón Riba pasó un mal rato, porque todo el material parecía pequeñito para aquella rodilla

-Últimamente, sí. En parte el problema está en el nombre. El primer factor de crecimiento se describió en 1948, y así llamaron a las proteínas, en casos de niños con alteraciones del crecimiento. Y parte del dopaje se hace con hormona de crecimiento. Creo que esta confusión desaparecerá.

¿Qué deportistas son más sencillos de tratar?

-Cualquiera de una modalidad individual, porque se implica más. Pero hay de todo: más valientes, menos... Los deportes colectivos dividen más la responsabilidad.

¿Cuál sería el más duro para el organismo?

-Los individuales. Se piensa que el ciclismo, y no sólo por la carrera, pero ves las palizas que se dan los tenistas y no sabes qué decir.

¿Le ha sorprendido alguna intervención a lo largo de su carrera?

-La gran recuperación del ciclista Joseba Beloki tras una caída en el Tour de Francia sorprendió a todos. Además, hace muchos años, cuando operamos a Ramón Rivas, jugador portorriqueño de baloncesto que jugaba de pivó en el actual Caja Laboral de Vitoria, pasó un mal rato, porque las pinzas no llegaban a ningún sitio; todo el material parecía pequeñito para aquella rodilla.

¿Tiene especial cariño a algún deporte?

-Sí, fui pelotari. Ahora hago ciclismo y esquí, que es mi pasión.

¿Sale mucho su faceta médica mientras esquía?

-Desgraciadamente se me olvida y hago lo que no debo. Me acuerdo luego.

Participó en el origen de la cirugía artroscópica y en el de los factores de crecimiento. ¿Cuál será el siguiente nacimiento?

-Dios dirá, pero yo ya tengo nietos... Aun así, la vida sigue y continuaremos enredando. Estamos en los inicios de la Biología, donde queda mucho por recorrer.



NORMON

Valsartán

NORMON EFG

80 mg 28 comprimidos recubiertos EFG	11,65 €
160 mg 28 comprimidos recubiertos EFG	16,78 €



NORMON

Valsartán/Hidroclorotiazida

NORMON EFG

80/12,5 mg 28 comprimidos recubiertos EFG	11,65 €
160/12,5 mg 28 comprimidos recubiertos EFG	17,52 €
160/25 mg 28 comprimidos recubiertos EFG	17,87 €



NUEVOS LANZAMIENTOS

www.normon.es



EXPERIENCIA Y TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA SALUD

DIARIO MEDICCOM

Acceda a más entrevistas Sobre el terreno. Fuera de consulta y Sin anestesia en el web.

