

El administrador  
de la  
salud 6

Sin temor  
a la historia  
clínica 16

La compatibilidad  
de los productos  
del software 42



**Club médico  
Informativo**

Ver págs.: 23-26

# Medical Economics<sup>®</sup> 5<sup>o</sup> ANIVERSARIO

5 de diciembre de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

## Los relatos galardonados en 2008

Los secretos de los pacientes  
Pág. 40

El veredicto final  
Pág. 38



Una historia de éxito  
Pág. 34

# TODO ESTE PODER, AHORA CONTRA EL CÁNCER

- Yondelis®, primer medicamento comercializado por PharmaMar.
- Cuatro nuevos compuestos de origen marino en desarrollo clínico.
- Una colección de más de 65.000 muestras de organismos marinos.

## 31 EN PORTADA

# Los relatos ganadores en 2008

Mientras que los pacientes, sólo les reconocen por su trabajo como médicos, nosotros hemos tenido la oportunidad de conocer su faceta como escritores. Un año más publicamos los relatos ganadores del Certamen de Artículos de la edición americana de *Medical Economics*. A continuación, los relatos ganadores de la edición de este año.



## PRÁCTICA PROFESIONAL

### 34 Una historia de éxito

Esta es la historia de un médico que consiguió todo lo que tiene a base de esfuerzo y más esfuerzo. Tras acabar sus estudios universitarios, comenzó una carrera plagada de decisiones acertadas que le llevaron al éxito profesional.

## MALPRAXIS

### 38 El día que recibí el veredicto final

Un caso de malpraxis es difícil de superar, y lo es más para un médico rural. El doctor Ericsson, que ejerce en un pequeño pueblo, fue juzgado por una negligencia en un lugar donde todo el mundo te conoce y nadie olvida lo que has hecho.



38

## RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

### 40 Los secretos que guardan los pacientes

Un residente de Pediatría decide indagar un poco más en el historial de su paciente. Un caso aparentemente simple de una niña de 11 años que tenía migrañas, adquirió una nueva dimensión tras su descubrimiento.



40

Creemos en otra forma  
de hacer medicina

En el Instituto Roche creemos en soluciones diferentes para personas diferentes. En una atención centrada en el individuo y no en la enfermedad. Creemos en la **Medicina Individualizada**.

En el Instituto Roche **innovamos para tu salud**.



## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Álvaro Valenzuela

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

Manuel Jurado  
Tel.: 91 500 20 77  
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual 135,20 €  
Tarifa instituciones anual 109,20 €  
Ejemplar suelto 5,50 €  
Ejemplar atrasado 8,50 €  
Precios válidos para España, IVA incluido


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

### Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif.  
Vértice  
28041. Madrid.  
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia, 91-93. 08029.  
Barcelona  
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345  
ISSN: 1696-61-63  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 5 Carta del Editor
- 6 Mi punto de vista
- 12 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 Gestión Profesional  
Sin temor a la historia clínica
- 18 Gestión de Calidad.  
Enfermería  
Educación para la salud
- 20 Normativa
- 42 Informática  
La compatibilidad del *software*
- 43 Impuestos

## Y ADEMÁS...

- 8 Atención al paciente
- 10 De Cerca
- 45 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Considera peligrosa la asistencia médica por Internet?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



## ENCUESTA EXCLUSIVA

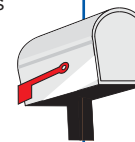
Medical Economics le anima a participar a través de [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com) en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

## CURSOS ON LINE

Medical Economics organiza cursos *on line* dirigidos a los profesionales de Atención Primaria y Enfermería con el objetivo de mejorar su práctica diaria.  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

## PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2009

Medical Economics premia a las entidades y organizaciones del mundo sanitario que más han destacado por su labor a lo largo de 2008. Para más información visite nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



## SU OPINION ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de: [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2008 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonso

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

Jefe de Servicio de Neumología  
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones  
United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección  
Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad  
de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente  
Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director  
Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal  
Hospital Clínic de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente  
Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina  
y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico  
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva  
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

### José Angel García Rodríguez

Presidente  
Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico  
Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente  
The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología  
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

### Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital La Fe de Valencia

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico  
Dirección General de Farmacia

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales  
Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores  
y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de  
Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito  
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria  
UCM

### Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud  
y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General  
de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias  
CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios  
y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

Dirección de Desarrollo Profesional  
y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan  
de Dios.

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales  
Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma  
de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director  
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director  
EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad  
de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española  
de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia  
Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho  
Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto  
para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional  
de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario  
Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados  
Presidente de la Asociación  
Española de Derecho Sanitario

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico  
Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia  
Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director  
Bufete Alemany Escalona  
& Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

#### María Dolores Navarro

Subdirectora Fundación Biblioteca  
Josep Laporte. UAB

## Punto y seguido

**F**inaliza 2008, año en el que hemos celebrado el 5º aniversario de *Medical Economics*. Han sido cinco años de actividad para mantener, primero, nuestra oferta de contenidos basada en términos de originalidad en el planteamiento de los temas y utilidad para nuestros lectores y superarnos después, cada año, con nuevas propuestas acordes con las expectativas generadas.

En este sentido 2008 ha sido un año muy especial para *Medical Economics*. Comenzamos con un diseño radicalmente nuevo sobre el que hemos incorporado nuevas secciones, aspectos ambos sobre los que hemos recibido numerosas felicitaciones que demuestran lo acertado de estas innovaciones, las cuales han influido en la consolidación de nuestra publicación.

Pero finaliza 2008 también en medio de una grave crisis económica mundial que se ha llevado por delante importantes compañías de diferentes sectores productivos y que ha colocado en situación de grave riesgo a otras, lo que inevitablemente acaba trasladándose a los ingresos de las familias y, como consecuencia de ello, a la desaceleración del consumo. De cómo puede afectar esta situación a nuestro país ya se empiezan a conocer los primeros damnificados en sectores tan señalados como la construcción y servicios, así como las precauciones de la banca para mantener el crédito en condiciones de solvencia.

En este escenario en el que el sector sanitario puede verse afectado en mayor o menor medida, cobra un especial significado nuestro continuo interés en ofrecer a nuestros lectores los consejos de los analistas para mantener a flote su economía, ya sea en el ámbito familiar como en el profesional, y en conocer sus niveles retributivos y sociológi-

cos a través de la “Encuesta Exclusiva Medical Economics” publicada en los números del 11 de abril y 9 de mayo. Las conclusiones obtenidas han sido poco alentadoras: numerosos profesionales tienen ingresos claramente inferiores a sus colegas europeos y se pluriemplean.

En esta línea, les anunciamos el lanzamiento de la encuesta “La economía de las consultas privadas” cuyo cuestionario podrán encontrar en [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com) animándoles muy encarecidamente a su cumplimentación, lo que nos permitirá obtener una foto actualizada de la situación y difundir los resultados en el primer trimestre de 2009.

En el capítulo de las novedades para este nuevo año les anunciamos la puesta en marcha del certamen de artículos de la edición española de *Medical Economics*, de larga tradición en la edición americana y muchos de los cuales han sido publicados a lo largo del año; en este número reproducimos, mereciendo los honores de portada, los tres primeros premios de dicho certamen.

Otra novedad importante relacionada con el área formativa la podrán encontrar en 2009 en la sección “Lo último investigado”, una selección de los resúmenes de los mejores artículos publicados en el mes anterior en las revistas de mayor impacto, un nuevo paso como anteriormente dimos con la oferta de cursos *on line* en [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com).

Lo que no es una novedad es el deseo de todos los que hacemos *Medical Economics* de que disfrute de estas fiestas navideñas y un futuro mejor en 2009. ■



Manuel García Abad  
[mga@drugfarma.com](mailto:mga@drugfarma.com)

Manuel García Abad

# Mi punto de vista

## El administrador de la salud



Juan Carlos García Benito\*

» La Asociación de Secretariado del Sector Sanitario pretende dar a conocer la profesión y su importancia en el mundo actual y conseguir el reconocimiento como profesionales en la sanidad del siglo XXI.

» El personal administrativo de la sanidad es un gran desconocido en los propios centros sanitarios donde se llevan a cabo sus funciones, no sólo en España, sino también en Europa.

La Asociación de Secretariado del Sector Sanitario se creó hace ocho años en Castilla-La Mancha con el objetivo de definir con claridad y precisión la labor que realiza el personal administrativo de la sanidad. A la vez pretende dar a conocer la profesión y su importancia en el mundo actual y conseguir el reconocimiento como profesionales en la sanidad del siglo XXI. Por consiguiente se crea para establecer un punto de intercambio de conocimientos, opiniones, y experiencias que ayuden a contribuir a una mejora y eficiencia de la profesión. Hay que destacar la importante labor, que desde la misma, se lleva a cabo sobre la formación de nuestro colectivo.

Por todos es conocida la gran relevancia que en el mundo de la sanidad tiene el personal sanitario (médico, enfermería, etc.), sin embargo el personal administrativo de la sanidad es un gran desconocido en los propios centros sanitarios donde se llevan a cabo sus funciones, y sobre todo para la sociedad en general, no sólo en España, sino también en Europa.

Por todo ello, la Asociación de Secretariado del Sector Sanitario organizó su I Congreso nacional recientemente, con el objetivo de dar a conocer los distintos aspectos relacionados con el trabajo de estos profesionales similar en todas las comunidades autónomas, tanto en los hospitales como en los centros de Atención Primaria.

Para nuestra Asociación, este encuentro supuso desde el inicio un reto en cuanto a contenidos, búsqueda de ponentes e implicación de los profesionales.

Durante los tres días del Congreso se celebraron varias mesas redondas, conferencias y talleres sobre distintos aspectos relacionados con la práctica profesional de los administrativos de la salud. Así, se abordaron mesas redondas sobre la prevención de riesgos laborales (se trataron temas como el *burn out* y el *mobbing* en este sector); el futuro del administrativo de la salud en Europa (funciones, for-

mas de trabajo, responsabilidades, etc. que tienen en cada uno de los países europeos); protección de datos sanitarios (perspectiva médico-legal de la intimidad del paciente y confidencialidad ante los datos médicos); mejora de la calidad sanitaria; y perspectivas de futuro de los profesionales administrativos en el sector de la salud. Esta última fue sin duda, la mesa más "reivindicativa" de todo el Congreso. Con suma maestría, Pelayo Benito, coordinador de la Unidad de Recursos Humanos de la Fundación Hospital de Calahorra de La Rioja, hizo un repaso desde el Estatuto Marco de 2003, ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), en la que no está incluido el personal administrativo de la salud, y el Estatuto Básico del Empleado 2007. El ponente animó al colectivo a poner en marcha los documentos necesarios para que nuestro sector tenga el reconocimiento necesario ante las instituciones y sea incluido en "todas las leyes sanitarias", ya que por la labor que realizan día a día y el compromiso adquirido de servicio con la sociedad son merecedores de alcanzar este reconocimiento.

Entre las conclusiones generales que aportaron los profesionales mediante sus ponencias destacan:

- Importancia e impacto de los riesgos laborales que afectan al personal administrativo de la salud.
- Necesidad de definición del administrativo de la salud como profesión sanitaria a nivel europeo.
- Hacer cumplir el papel esencial que tiene el personal en materia de protección de datos.
- Importancia de la intervención del administrativo de la salud en la consecución de procesos en los centros de trabajo.
- Necesidad de inclusión y cualificación de la profesión en la familia de la sanidad dentro del Instituto Nacional de Cualificaciones.
- Inclusión de los profesionales de este sector dentro de la LOPS a través del reconocimiento de las instituciones sanitarias y su formación. ■

\*Presidente de la Asociación de Secretariado del Sector Sanitario.

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

ALICANTE

BADAJOS

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

MADRID

LEÓN

BARCELONA

A CORUÑA

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

Fundación de Hipercolesterolemia Familiar

## Colesterol alto por herencia familiar

*Casi cien mil personas en España padecen hipercolesterolemia familiar, un trastorno genético que provoca la alteración de los valores normales de colesterol en sangre. La Fundación de Hipercolesterolemia Familiar trabaja para informar y asesorar a las familias que la sufren.*

Por Cristina García Blanco

» Para prevenir las graves consecuencias que puede generar la hipercolesterolemia familiar, es necesario una mayor concienciación de la sociedad y la generalización de análisis periódicos.

» La Fundación de Hipercolesterolemia Familiar se creó 1997 en con el objetivo de concienciar a la sociedad de la importancia de un reconocimiento precoz de la enfermedad.

La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es un trastorno genético grave y la causa genética más frecuente de infarto de miocardio, afectando a unas 100.000 personas en España y transmitiéndose al 50 por ciento de la descendencia. Se trata de la mutación del gen de una proteína que regula el colesterol y quien lo padece puede transmitirlo a la mitad de su descendencia y, si no se diagnostica a tiempo, la esperanza de vida del paciente se reduce entre 20 y 30 años. Padecer hipercolesterolemia familiar supone, desde el nacimiento, tener unas cifras elevadísimas de colesterol. Así, mientras que en una persona sana, el nivel total de colesterol en sangre no supera los 200 mg/dL, en un individuo con hipercolesterolemia familiar no tratada, este volumen puede ser, incluso, muy superior al doble.

Para prevenir las graves consecuencias que puede generar la hipercolesterolemia familiar, es necesario una mayor concienciación de la sociedad y la generalización de análisis periódicos que permitan el diagnóstico antes de que sea demasiado tarde.

### Estudios genéticos

Aunque pueda sospecharse la existencia de la enfermedad ante síntomas como altos niveles de colesterol, antecedentes familiares de hipercolesterolemia o infartos prematuros, actualmente el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse a través de un análisis de ADN. Existe un test genético conocido como "lipochip" que es capaz de detectar las múltiples mutaciones del ADN que causan la hipercolesterolemia familiar. Estas mutaciones, situadas en el cromosoma 19, provocan la producción defectuosa de la proteína que regula los niveles de LDL o "colesterol

malo". Debido al mal funcionamiento de esta proteína, el colesterol no se procesa adecuadamente y se acumula progresivamente en el organismo.

La Fundación de Hipercolesterolemia Familiar se creó 1997 en con el objetivo de concienciar a la sociedad de la importancia de un reconocimiento precoz de la enfermedad. Se trata de una entidad benéfico-asistencial, sin ánimo de lucro, integrada por pacientes afectados de Hipercolesterolemia Familiar (HF) y profesionales sanitarios. Su objetivo principal es detectar, tratar y ayudar a los miembros de las familias con HF heredada, o de base genética, desde el punto de vista sociosanitario, con el fin de prevenir la enfermedad cardiovascular prematura (angina, infarto, trombosis cerebral, etc.). Entre sus objetivos también están la promoción de la investigación de su origen genético, la educación y el apoyo a las familias afectadas, así como contribuir a la formación de médicos y de otros profesionales de la salud.

Con el objeto de presentar los últimos avances en el tratamiento de la enfermedad, la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar organiza periódicamente jornadas y conferencias y se mantiene como fuente de información y formación de los propios pacientes a través del envío cuatrimestral de 20.000 boletines de difusión dirigidos a pacientes, aunque también tiene información válida para profesionales de la salud.

La Fundación tiene también una línea de ayuda telefónica a través de la cual se responde a todas las consultas que hacen los pacientes, que también pueden ponerse en contacto a través de la página *web* [www.colesterolfamiliar.com](http://www.colesterolfamiliar.com). ■

## "Los médicos de AP necesitan programas de formación sobre la enfermedad"



Pedro Mata

El doctor Pedro Mata es el director de la Unidad de Lípidos de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y presidente de la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar.

**PREGUNTA:** ¿Qué actividades lleva a cabo la Fundación?

**RESPUESTA:** La Fundación de Hipercolesterolemia Familiar lleva a cabo actividades de sensibilización mediante la información y la divulgación a través de jornadas científicas y campañas. Asimismo, contamos con nuestro propio boletín informativo de edición cuatrimestral, folletos divulgativos y la guía para el control del colesterol y hábitos de vida saludables. Además, hay que destacar la colaboración con otros países del entorno.

**P. ¿Cómo se ve afectada la calidad de vida del enfermo?**

**R.** La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es un trastorno hereditario, que causa un incremento de los niveles de colesterol en sangre con riesgo de presentar un infarto de miocardio o complicaciones cardiovasculares a una edad temprana. Si no están diagnosticadas ni tratadas, al no seguir medidas de prevención y control, no solamente van a sufrir en muchos casos las secuelas de un infarto de miocardio, sino que sus expectativas de vida pueden verse reducidas entre 20 y 30 años.

**P. ¿Qué grado de importancia tiene un diagnóstico precoz?**

**R.** El diagnóstico precoz es esencial para evitar la muerte precoz por infarto de miocardio. Ante la sospecha de HF en una familia, todos los familiares de primer y segundo grado se deberían hacer una analítica para hacer un diagnóstico precoz. La HF se controla combinando las medidas dietéticas con las farmacológicas. Una familia afecta, además de seguir el tratamiento farmacológico, deberá seguir una dieta adecuada y equilibrada, además de evitar el sobrepeso, la vida sedentaria, el tabaco y el alcohol. Se calcula que sólo una tercera parte de las personas con HF están en tratamiento por lo que la gran mayoría de los pacientes, aún no han sido diagnosticados ni tratados.

**P. ¿Cómo valora el abordaje que se hace desde Atención Primaria?**

**R.** En general, falta información y formación en el diagnóstico y tratamiento de la AP. Por este motivo, se necesitan programas de formación para hacer una mejor detección de esta enfermedad. Desde la Fundación de Hipercolesterolemia Familiar conjuntamente con la Consejería de Sanidad de Castilla y León, estamos desarrollando un Programa de Formación a médicos de AP y Especializada.

**P. ¿Cómo valora los últimos avances en el tratamiento de la enfermedad?**

**R.** El uso de las estatinas ha supuesto un avance importante en el control de la HF. Y ahora, asociadas con la ezetimiba, se controlan aquellos casos en los que no se consigue regular el control del colesterol. Esta asociación permite reducciones de colesterol superiores al 50 por ciento. El diagnóstico genético es el patrón oro para la identificación de la HF. En España se han identificado la mayoría de las mutaciones responsables de la HF. Y existe una plataforma de diagnóstico genético en la que se utiliza un ADN-chip. Este método de diagnóstico genético ya se utiliza en diez comunidades. En la actualidad, se dispone también, de un procedimiento terapéutico llamado LDL-Aféresis (diálisis de las LDL) para las hipercolesterolemias graves.

**P. ¿Cuáles son sus demandas a la Administración sanitaria?**

**R.** Aportación reducida para la ezetimiba, que deberá tener la misma consideración que las estatinas y el programa de detección precoz de la HF a nivel estatal, que deberá liderar el Ministerio de Sanidad, para conseguir que todas las familias se beneficien de forma homogénea. Una mejor detección y control de la HF, no sólo significa una mayor calidad asistencial, sino también un importante ahorro en vidas salvadas y en gasto sanitario. ■

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:



José María Segovia de Arana, 'padre' de la medicina moderna en España

## "Quiero llegar a centenario para disfrutar de las cosas que he tenido"

*Ha sido casi de todo en esta vida: alumno de Carlos Jiménez Díaz, catedrático de Patología Médica, fundador y director de la Clínica Puerta de Hierro, creador del MIR, secretario de Estado para Sanidad, vicepresidente de la OMS, académico por partida doble... Pero le falta llegar a centenario. En eso está, con 89 años cumplidos hace un par de meses. Mientras tanto, disfruta de la vida, o sea, de las cosas que ha tenido; escribe ensayos, da conferencias, prepara el Libro Blanco de la Sanidad española y acude a conciertos y a cenar con amigos.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** Una vez, Rafael Alberti, cuando tenía más o menos su edad, me dijo que quería cumplir los cien años. ¿Usted también lo desea?

**RESPUESTA:** Pues, sí, sí, sí. Es una pregunta que tiene mucha enjundia. El envejecimiento (estoy ahora trabajando en ello) no es una enfermedad, sino un proceso fisiológico; un proceso que no es de disminución de las posibilidades, sino de disfrute de las posibilidades que uno ha podido tener. Es decir, en ese proceso de final de la vida uno se encuentra con muchas posibilidades siempre que no haya habido una disminución de la capacidad. Un ejemplo: yo desde pequeño iba mucho a los conciertos y disfrutaba con la música, ahora sigo yendo y disfruto muchísimo más. En definitiva, que quiero llegar a centenario para disfrutar de las cosas que he ido teniendo a lo largo de la vida, para desarrollar las posibilidades y predisposiciones que he tenido.

**P. Y en ese contexto, qué es mejor: contar años o gozar de la vida...**

**R.** Gozar de la vida, naturalmente, gozar de la vida que uno hizo, de esa es-

cala de valores que uno tiene. ¿Qué es la vida en conjunto? La vida, la realidad la hacemos nosotros. Uno de los ensayos en los que estoy trabajando se titula *La construcción personal de la realidad*, que es extraordinariamente única. O sea, que es mi realidad la que yo voy a disfrutar teniendo más años, no contando los años.

**P. Tiene cuatro hijos y no sé cuántos nietos y tal vez biznietos. Seguro que con ellos se comporta como un abuelazo...**

**R.** Sí, tengo cuatro hijos —uno de ellos médico—, doce nietos y hasta ahora ningún biznieto. Y realmente con mis nietos no me comporto como un abuelazo. Eso de abuelo, en el sentido clásico, pues no, no. ¿Y sabe por qué? Nunca fui un niño, en el sentido de estar pendiente de los hijos, aunque yo creo que he influido mucho en mis hijos... Interesante pregunta, porque ¿hasta qué punto la influencia de los padres sobre los hijos no es una influencia verbal: "Hijo mío, tienes que hacer esto, tienes que estudiar". Si el hijo ve al padre que está estudiando, aprende por esa presencia que existe. Mire usted, y esto

no es vanidad por mi parte: yo estuve, después de casarme, cinco años haciendo guardias durante los fines de semana en la Casa de Socorro porque andábamos económicamente limitados. Y hacía esas guardias para tener libre la semana e ir a la Clínica de la Concepción a aprender con mi maestro Jiménez Díaz, pues yo estaba haciendo investigación. Y esto influyó en mis hijos más que decirles: "Hijos, tenéis que ser estudiosos, tenéis que...".

**P. Le veo un hombre muy ocupado. ¿La actividad le mantiene en forma?**

**R.** No sólo me mantiene en forma, sino que también me consuela. La pérdida de mi mujer ha sido lo peor que me ha pasado en la vida. Sesenta años juntos, sesenta años juntos... Pero lo que me consuela, no solamente es estar en esta casa, sino estar haciendo el debate sanitario con José Ángel Sánchez Asiaín, el *Libro Blanco* de la Sanidad española, que lo vamos a llevar a Estrasburgo, al presidente de la Academia Europea de Ciencias y Artes, Felix Unger. En ese libro se recoge la aportación de la

Sanidad española a Europa. Estamos por encima del nivel europeo en asistencia médica. Déjeme que le diga una cosa: un día, el entonces ministro de Sanidad José Antonio Grifán, nos reunió a unos cuantos médicos –yo entonces estaba en Puerta de Hierro dirigiendo la clínica– y nos dijo: “Vengo de París, donde he tenido una reunión con varios ministros de Salud europeos, y me han alabado la asistencia médica de España, pero dicen que hay dos cosas que nos envidian sobre todo: la Organización Nacional de Trasplantes y la formación MIR”.

**P. Brevemente, ¿cómo transcurre un día normal en su vida?**

**R.** Me levanto sobre las nueve, desayuno, bajo a comprar el periódico, doy una vuelta o voy a algún sitio, como en casa normalmente (no me gusta comer solo, pero me aguanto), dedico la tarde a trabajar, y por la noche suelo ir a algún concierto con los amigos y aprovecho para cenar con ellos. Y me acuesto no antes de la una o una y media.

**P. Usted ha vivido dos guerras: la Guerra Civil española y la Segunda Guerra Mundial. ¿Cómo las pasó?**

**R.** Bueno, la española... Yo vivía en la Colonia del Manzanares y mi familia me dijo que me fuera de allí, porque aquello era un frente de batalla, y me trasladé a la casa de unos tíos míos aquí en Madrid. Y allí estuve hasta que terminó la guerra. Luego, como había perdido tres años de mis estudios de Medicina, hice un curso intensivo y recuperé dos. Cuando estudiaba cuarto, un amigo de la familia, el doctor Picatoste, me presentó al profesor Jiménez Díaz y ahí empezó mi admiración por él. Y en la mundial, pues estuve un poco pendiente de las movilizaciones, pero realmente no me afectó mucho en ese aspecto.

**P. Sobreviviente de ambos infernos, ¿le queda algo de me-**

**tralla en el alma o en el corazón?**

**R.** No, en absoluto. Tengo mis ideas políticas, pero nunca me he afiliado a ningún partido. Pero le voy a contar una anécdota. En 1964, estando yo de catedrático en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, me llamaron para mantener en Madrid una entrevista con el entonces ministro de Trabajo Jesús Romeo Gorría, quien me ofreció, por mediación de don Carlos Jiménez Díaz, dirigir la Clínica Puerta de Hierro, dirección que estaba destinada a Gregorio Marañón, pero éste murió dos años antes. La clínica era de los dominicos y la compró el Ministerio de Trabajo por 180 millones de pesetas (1,08 millones de euros), que era un precio tirado. Y Romeo Gorría me entregó la clínica y me dijo: “Haz lo que quieras”. Nunca ningún médico ha tenido esos poderes.

**P. Usted está considerado como el padre del sistema MIR. ¿Cree que los actuales residentes le reconocen como tal?**

**R.** No, no creo. Cuando el traslado a Majadahonda, me invitaron a la última sesión clínica del viejo Clínica Puerta de Hierro, y el aula estaba lleno de médicos, enfermeras... Y yo les conté la historia de todo esto y de los MIR. Y vi que lo que les contaba a aquella gente era nuevo para ellos, pensaban que lo del MIR era una cosa que había surgido espontáneamente, como la hierba después de la lluvia.

**P. Ha recibido varios premios en reconocimiento a “una vida ejemplar”. ¿En qué cree que ha sido usted ejemplar?**

**R.** Hombre, ejemplar yo no me considero de nada. Pero un poquito, yo le diría que en la tenacidad. Puede sonar a presuntuoso, pero yo consigo todo lo que me propongo, no sé cuándo, pero lo consigo. Lo que pasa es que me propongo pocas cosas. Y cuando me lo propongo no sé el tiempo que me llevará hacerlo. Mire, yo me propuse ser catedrático, y tuve



“La actividad no sólo me mantiene en forma, sino que además me consuela”.

que hacer cuatro o cinco oposiciones para conseguirlo.

**P. En 1983, siendo usted vicepresidente de la OMS, el entonces ministro de Sanidad, Ernest Lluch, le citó un día a las ocho de la mañana para cesarle de ese cargo, y luego usted comentó: “Es la primera vez que un ministro me cita en su despacho, y está”. ¿Es cierto?**

**R.** No me acuerdo de esa anécdota, pero sí de la entrevista. Fue después del verano del 83. Yo era presidente del Comité Mundial de Medicamentos y acababa de regresar de un viaje a Kenia. Y le dije al ministro que yo estaba a su disposición, y me dijo que yo iba a seguir como director de la Clínica Puerta de Hierro, pero que de la OMS me iba a cambiar por otro. Y me cambió por un catalán. Más tarde, un amigo del Partido Socialista me dijo que habían pensado relevarme del Puerta de Hierro, pero que me mantenían en el puesto por “haber hecho tanto por la medicina pública”. Y ahí seguí hasta que me jubilé en 1994. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 77,2

por ciento de los médicos tienen una familia nuclear o tradicional.

### 7,8

por ciento vive solo.

### 7,2

por ciento constituyen parejas solas.

### 3,3

por ciento tienen familia reconstituida.

### 2,8

por ciento son monoparentales.

Fuente: Estudio *Diagnóstico de necesidades sociales del colegiado*. Colegio de Médicos de Córdoba.

## NOMBRAMIENTOS

### Manuel Díaz-Rubio, nuevo presidente de la Real Academia Nacional de Medicina

El profesor Manuel Díaz-Rubio García, que ha sustituido estos últimos meses como presidente en funciones de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) al profesor Amador Schüller, ha sido elegido, por amplia mayoría y en primera votación, presidente de la misma. Nacido en Cádiz en 1941, el profesor Manuel Díaz-Rubio es catedrático de Patología y Clínica Médicas de la Facultad de Medicina de la UCM. Desde el año 1975 ostenta el cargo de jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Medalla de oro de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD). Miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, así como de diversos comités científicos de revistas nacionales e internacionales. Ha publicado 67 libros de Medicina Interna y Gastroenterología, entre los que destaca un *Tratado de Medicina Interna y Plan de Actualización en Gastroenterología*. Asimismo, tiene publicados 507 artículos científicos en revistas de todo el mundo, habiendo intervenido en numerosos congresos y reuniones nacionales e internacionales.



Manuel Díaz-Rubio.

## PROFESIÓN SANITARIA

### Madrid ofrece 466 plazas en una OPE "histórica"

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Juan José Güemes, y los sindicatos Femyts, Satse y USAE han firmado un acuerdo para consolidar una oferta pública de empleo (OPE) de 410 plazas de 21 especialidades médicas y 56 de personal del Servicio de Urgencias y Emergencias del Summa 112. En total son 466 nuevas plazas que suponen una consolidación del régimen jurídico estatutario. El mayor número de plazas se han adjudicado a las especialidades más deficitarias como son Anestesia, Ginecología, Pediatría, Traumatología y Psiquiatría.



## BOLSA

### Los beneficios de las empresas del Ibex 35 caen un 10,1 por ciento en el tercer trimestre

La crisis económica y financiera se ha colado en los resultados de las compañías cotizadas. Los grupos que integran el Ibex 35, el principal indicador bursátil español, ganaron de enero a septiembre de este año 41.009 millones de euros, un 9,79 por ciento más que en el mismo período del año anterior. Sin embargo, en el tercer trimestre, período en el que la desaceleración económica se ha agravado, las ganancias conjuntas cayeron un 10,15 por ciento. El deterioro de la actividad empresarial, más que en las cifras absolutas de las cuentas (que suelen verse afectadas a veces a favor y otras en contra por los resultados extraordinarios), se observa con claridad en la letra pequeña de las presentaciones.



## VALORACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

## El 69 por ciento de los españoles considera que el sistema sanitario es más eficaz que hace diez años

Según los resultados de la encuesta paneuropea elaborada por Picis, sobre el grado de satisfacción de los usuarios de los sistemas sanitarios, en España, Francia y Reino Unido, en la que han participado más de 3.000 europeos, los españoles son los europeos más satisfechos con el funcionamiento de su sistema sanitario. De hecho, el 69 por ciento de los encuestados en España manifiesta que el sistema sanitario es más eficaz que hace diez años, frente a franceses (55 por ciento) e ingleses (62 por ciento), quienes consideran que sus sistemas son menos eficaces o que no han mejorado en una década. Además, el 66 por ciento de los usuarios españoles piensa que la calidad en el cuidado del paciente ofrecido por los hospitales ha mejorado en los últimos diez años, así como la motivación entre el personal sanitario (62 por ciento).



## ECONOMÍA ESPAÑOLA

## La crisis triplica la morosidad en septiembre respecto a 2007

La tasa de morosidad alcanzó en septiembre el 2,54 por ciento, la tasa más alta desde abril de 1998, tras triplicarse respecto al mismo período del año pasado. Este dato confirma la tendencia de los últimos meses. La crisis y los problemas de grandes promotoras inmobiliarias como Martinsa la habían disparado a niveles récord en toda la década. Respecto al mes de agosto, la cifra se ha incrementado en 0,103 puntos, desde el 2,44 por ciento. En septiembre de 2007 se situaba en el 0,77 por ciento. Además, este incremento de la morosidad supone la decimoquinta subida consecutiva. El saldo de créditos dudosos se situó en 43.694 millones, 1.937 millones más que en agosto. El volumen total de préstamos concedidos hasta agosto alcanzó 1,79 billones de euros.



## SANIDAD EN ESTADOS UNIDOS

## Obama perfila la secretaría de Sanidad de su Gobierno

El ex senador demócrata Tom Daschle habría aceptado la oferta del presidente electo de EEUU, Barack Obama, y su equipo de transición para dirigir la secretaría de Sanidad, según anunció la cadena CNN. En la agenda sanitaria del nuevo gabinete que tomará posesión el próximo 20 de enero, se proclama la intención de poner en marcha, entre otras iniciativas, exigir a las aseguradoras que incluyan en sus pólizas a los ciudadanos con problemas de salud preexistentes a la contratación del seguro médico; conceder ayudas fiscales a las pequeñas empresas para que puedan financiar la cobertura sanitaria a sus empleados; obligar a las compañías a asignar una parte sustancial de su presupuesto salarial a la cobertura sanitaria; y crear un sistema nacional de cobertura sanitaria público y privado.



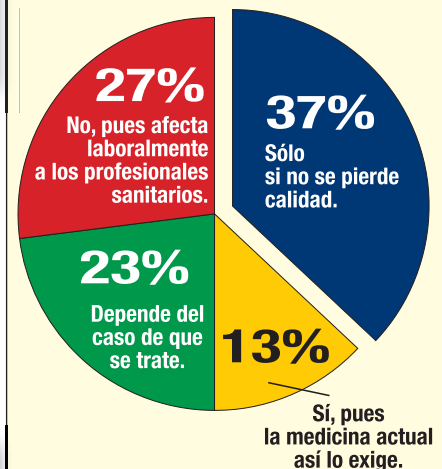
Barak Obama.

### NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

## Medical Economics

¿Cree que aporta beneficios la externalización de servicios en los hospitales?



La mayor parte de nuestros lectores (un 37 por ciento) consideran que aporta beneficios si no se pierde la calidad. Un 13 por ciento cree que aporta beneficios, pues la medicina actual así lo exige. Un 23 por ciento dice que depende del caso de que se trate y el 27 por ciento cree que no, pues afecta laboralmente a los profesionales sanitarios.

Las encuestas vía Internet de Medical facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.

Asistieron destacados especialistas de la *American Society of Transplantation*

## El II Congreso de la Sociedad Madrileña de Trasplantes, un foro científico de carácter internacional

*El consejero de Sanidad de la CAM, Juan José Güemes, inauguró el II Congreso de la SMT, celebrado recientemente en Madrid, reunión que ratificó su protagonismo en la comunidad científica nacional e internacional. El Congreso también acogió la I Reunión Conjunta entre la American Society of Transplantation y las sociedades españolas de trasplantes, acto inaugurado por el ministro de Sanidad, Bernat Soria.*



De izda. a dcha., Augusto Silva, del Ministerio de Sanidad; José María Morales, presidente de la SMT; Flavio Vincenti, ex presidente de la AST; Bernat Soria, ministro de Sanidad y Consumo; Barbara Murphy; presidenta de la AST; Federico Oppenheimer, presidente de la Sociedad Catalana de Trasplantes; Dolores Burgos, presidenta de la Sociedad Andaluza de Trasplantes; y Evaristo Varo, presidente de la Sociedad Española de Trasplante Hepático.

Con el objetivo de actualizar e intercambiar los últimos conocimientos e investigaciones en el campo del trasplante de órganos, la Sociedad Madrileña de Trasplantes (SMT) ha celebrado en Madrid su II Congreso anual. Durante los tres días de congreso se abordaron temas tan controvertidos como los efectos que tienen los cambios en el perfil de los donantes en el sistema español de trasplantes (a cargo de Rafael Matesanz, Coordinador Nacional de Trasplantes) o el presente y futuro de la inmunosupresión en el trasplante de órganos (por parte de Barry Kahan, experto de la Universidad de Texas), así como la presentación de decenas de comunicaciones orales y pósters originales. Se habló también sobre la adecuación de la elección del receptor a las nuevas características del donante, los retos actuales en inmunosupresión, la inmunidad humoral en trasplante de órgano sólido y las novedades introducidas en el trasplante de páncreas-riñón. Una selección importante de estos

trabajos presentados durante el congreso se publicarán en el suplemento especial *Transplantation Proceedings*.

Juan José Güemes, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, encargado de inaugurar el encuentro, hizo hincapié en el destacado nivel de los trasplantes en España, que se sitúa entre los primeros puestos a nivel internacional y la excelencia del programa regional de trasplantes de la Comunidad de Madrid.

### Vocación internacional

Por su parte, José María Morales, presidente de la SMT, aseguró que “este Congreso aglutina y aúna esfuerzos en pro del desarrollo de esta disciplina científica. La SMT es ya es una realidad asentada en el seno de la comunidad científica nacional”. Como muestra de su creciente importancia y como epílogo del Congreso se celebró la I Reunión Científica Conjunta entre los especialistas de la *American Society of Transplantation* y todas las sociedades españolas de trasplante. Bernat Soria, mi-

nistro de Sanidad y Consumo, encargado de inaugurar la reunión, defendió el modelo español de trasplantes que “está siendo copiado por muchos países, dados sus espectaculares resultados. Somos líderes mundiales en la donación de órganos, así como en la tasa de trasplantes y en el nivel de éxito que se alcanza”. El ministro mostró su satisfacción por la celebración de esta primera reunión conjunta entre la Sociedad Americana de Trasplantes (AST) y las Sociedades Españolas de Trasplantes (Catalana, Andaluza, Madrileña y la Sociedad Española de Trasplante Hepático), ya que “esto refleja la necesidad mutua de aprender y mejorar”. En este sentido, se expresó también José María Morales, para quien “esta reunión fortalece la colaboración entre los expertos americanos y los especialistas españoles con el objetivo de compartir experiencias y revisar los estudios más importantes a nivel mundial en el último año”. A partir de este encuentro se espera intensificar la puesta en marcha de otras iniciativas de colaboración. ■

## Primer congreso de medicina familiar en 'Second Life'

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha celebrado su XXVIII congreso anual por primera vez en la plataforma virtual Second Life.

**S**econd Life, el mundo web en tres dimensiones creado hace cinco años, acogió el primer Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta experiencia, que es pionera entre las reuniones científicas españolas, se englobó dentro del XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Las actividades virtuales tuvieron lugar en un espacio concreto, en "La Isla de la Salud", creada por semFYC y la Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas y presentada el pasado mes de mayo. Durante los tres días de Congreso tuvieron lugar varias mesas redondas, ponencias, posters y talleres, sobre temas tan diversos como ética, medicina ambiental, mitos y realidades de los alimentos y medicina de familia 2.0, entre otros.



Luis Aguilera (dcha.) con Araceli Garrido, presidenta del comité científico; y el Magistrado Fernando Grande-Marlaska.

"La Isla de la Salud" se ha convertido también en un espacio de acceso para profesionales, que disponen de una herramienta para estar al día en todo lo referente a formación, congresos, publicaciones, etc. Como afirma

su presidente, Luis Aguilera, "la semFYC ha apostado claramente por la innovación y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías. Somos pioneros en la creación de este espacio de salud en castellano en el entorno virtual". Además de la consulta médica dirigida al adolescente, entre los servicios puestos en marcha hasta ahora, figura también la posibilidad de celebrar reuniones formativas de esta sociedad científica que representa a más de 19.500 médicos de familia.

De la vitalidad del proyecto dan fe las visitas mensuales: se crean entre 150 y 350 avatares (personaje virtual que te representa en *Second Life*) distintos cada mes; actualmente se registran unos 45 avatares de media cada día. La mayoría son médicos españoles de distintas especialidades, pero también de otros países. "Aumenta el número de facultativos que deciden entrar, pero todavía es baja la cifra de pacientes interesados en consultar mensajes de salud. No obstante, en el primer semestre de 2009 está prevista la creación de una consulta para atender las demandas del paciente crónico", anuncia el doctor José Antonio Prados, vicepresidente de la semFYC. ■

A ti, que das la piel por tus pacientes Salvat la da por ti.

# cristalmina

ANTISÉPTICO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 1%

El antiséptico transparente, eficaz, seguro y rápido

**PROSPECTO DE CRISTALMINA**  
**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de Infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya caído CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

<b>PRESENTACIONES:</b>	<b>OTRAS PRESENTACIONES:</b>
Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml	Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g
Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml	Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g
Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml	Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml
Cristalmina solución 1% monodosis	

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
innovación y calidad

# Gestión Profesional

## Sin temor a la historia clínica



Jose María Martínez García\*

» El propio profesional es el que debe incorporar hábitos y procedimientos que contribuyan a mejorar la información sobre la asistencia prestada, tanto a escala individual como institucional.

» La función legal de la historia clínica, y en consecuencia la necesidad de una mejor documentación, no debe ser menospreciada; es más, su relevancia debiera divulgarse a todos los profesionales sanitarios.

Es necesario que los profesionales e instituciones sanitarias consideren la utilidad legal de la historia clínica “judicialmente” correcta, y no debería diferir de la elaboración de una historia de calidad clínica aceptable. Y, ¿por qué una historia clínica completa? La intención del profesional sanitario no es ejercer bajo “amenaza legal”, o incluso protegerse de aquellos a quienes está prestando sus servicios, pero sí debe ser consciente y estar alerta acerca de la realidad social actual, en general más informada, exigente y demandante.

Es, pues, el propio profesional el que debe incorporar hábitos y procedimientos que contribuyan a mejorar la información sobre la asistencia prestada, tanto a escala individual como institucional, a través de los comités de control de calidad, comisiones clínicas, comisiones de historias clínicas, etc. Los “criterios de calidad” de una historia clínica deberían ser semejantes para los magistrados y para los clínicos.

Ciertamente la mejora de la calidad de la documentación clínica supone una inversión cuando menos de esfuerzo y tiempo, sobre todo cuando se trabaja bajo elevada presión asistencial. Los profesionales e instituciones sanitarias deberán valorar los costes de dicha inversión y los importantes beneficios (éticos, profesionales e incluso económicos) que, sin duda, pueden obtener de ella. En este sentido, la función legal de la historia clínica, y en consecuencia la necesidad de una mejor documentación, no debe ser menospreciada; es más, su relevancia debiera divulgarse a todos los profesionales sanitarios y más aún en aquellas especialidades o actividades denominadas de alto riesgo, como la cirugía, y la medicina de urgencias, sobre las que recaen generalmente mayor número de sentencias.

El esfuerzo empleado en la mejora de la documentación repercutirá no sólo en una mejor calidad asistencial, sino en una supe-

rior protección del profesional e instituciones sanitarias en caso de verse involucrado en un proceso judicial.

Las características generales que idealmente deberían poseer los registros de las historias son las que siguen.

- Registros precisos. Procure ser específico con lo que escribe. Evite términos vagos o poco concretos tales como “excesivo”, “severo”, “de algún modo”, “aparentemente”, etc. En la medida de lo posible sea específico y cuantifique.
- Registros legibles. La historia clínica es un medio de comunicación. Si no puede ser leída o es difícil descifrarla, la comunicación quedará dificultada y podría repercutir negativamente en la calidad de la asistencia prestada.
- Registros explicativos. Debe ser capaz de explicar por qué optó por una acción determinada. Desde un punto de vista legal, el juez buscará evidencia que apoye lo que usted está diciendo. Por lo tanto, si la evidencia no está reflejada, la historia clínica no le podrá ayudar. El conocido formato S.O.A.P. (subjeto, objetivo, análisis y plan) ha mostrado ser un buen método para justificar la asistencia proporcionada y crear un proceso lógico de actuación que se sostenga ante un juez.
- Registros identificativos. Es importante conocer la identidad de quién ha escrito en la historia clínica. Muchas historias clínicas no han podido utilizarse, o no han tenido valor en la defensa de un caso, por ser imposible descifrar quien la escribió. Todas las anotaciones deben finalizar con la firma legible de quien atendió al paciente e, idealmente, el cargo que tiene en ese momento y número de colegiado. Todas las hojas de la historia, resultados de pruebas complementarias, etc., deben identificar adecuadamente al paciente para evitar su pérdida o confusión en caso de que se desprendan las hojas. ■

\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.  
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## Castilla-La Mancha reforzará la atención integral al paciente crónico

*Fernando Lamata reitera el compromiso de avanzar hacia un sistema sanitario y social basado en la continuidad del cuidado y no sólo en la curación.*

El consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, Fernando Lamata, ha reiterado el compromiso de su departamento de convertirse en uno de los principales agentes en el cambio que requiere el actual modelo sociosanitario español para reforzar la atención integral y la continuidad de los cuidados en los procesos crónicos, ya que será un elemento básico a la hora de mejorar los indicadores de calidad de vida de los enfermos crónicos y sus familiares.



Fernando Lamata, conversa con el secretario general del Sescam, Rodrigo Gutiérrez.

Tras conocer las conclusiones aprobadas por los expertos que han estado presentes en el I Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico, Lamata aseguró que administraciones, profesionales, asociaciones ciudadanas y pacientes deben trabajar de manera conjunta para abordar y definir un nuevo modelo sociosanitario en el que prevalezca como objetivo principal garantizar la continuidad de los cuidados y no sólo la curación, como ocurre actualmente.

“El Congreso ha sido un éxito como foro de reflexión para hacer frente a este nuevo escenario que redefinirá y modificará la atención sanitaria a los enfermos crónicos que se prestará en este siglo porque vivimos un cambio de época y de paradigma en este ámbito”, explicó el responsable de las políticas sociales de Castilla-La Mancha.

En ese sentido, el consejero señaló la predisposición de su departamento y de los profesionales sanitarios de la región para impulsar los cambios que sean necesarios a fin de adecuar el modelo organizativo del sistema sanitario regional a las necesidades actuales de los pacientes crónicos, ya que desde el punto de vista de la calidad asistencial, como se ha podido analizar en este Congreso, la atención que reciben estos enfermos suele estar poco coordinada, existe una gran variabilidad clínica y, con frecuencia, la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales no está bien cubierta. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

Complejo enzimático  
(Tripsina y Quimotripsina) que permite  
una proteólisis de amplio espectro



**Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro**

**DERTRASE<sup>®</sup> pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Acido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE<sup>®</sup>, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuril, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **Salvat**  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y calidad

# Gestión de Calidad: Enfermería

## Educación para la salud



Charo Vaquero Ruipérez\*

**L**evaba tiempo pensando en abordar la importancia de la enfermera como agente educativo centrado en la promoción y prevención de la salud, cuando cayó en mis manos el artículo de Cristóbal Pera “Por una cultura de la salud” publicado en el diario *El País*, el sábado 13 de septiembre. El autor definía este concepto como “el conjunto de ideas, modos de vida, hábitos y comportamientos del ser humano en relación con el bienestar de su cuerpo, así como a las recomendaciones sobre el estilo de vida más adecuado para mantenerlo”.

Su lectura me incitó a reflexionar sobre las diferencias existentes entre educación sanitaria y educación para la salud. El concepto de educación para la salud, más evolucionado que el de educación sanitaria, ha seguido los cambios en la evolución de los conceptos de salud a lo largo del tiempo. Se ha pasado de un concepto de salud negativo a una visión positiva, en el que las acciones deben ir dirigidas a fomentar estilos de vida sanos. Consideramos la educación para la salud como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, tener un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud.

La OMS en 1986 define la promoción de la salud como: “El proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y mejoren su salud”.

La educación para la salud es el instrumento o la herramienta que posibilita esta promoción de la salud. Aunque es bien sabido, que la salud de una población no depende solamente del personal sanitario, sino también de otros factores como son la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas de asistencia sanitaria.

Desde el aspecto de la asistencia sanitaria, es necesario incorporar la educación para la salud a la práctica diaria de los profesionales, de una forma sistemática, reglada y efectiva; para conseguir con su actuación modificar hábitos de vida insanos en hábitos saludables. Capacitar y motivar a las personas para asumir, hacer frente y controlar sus enfermedades así como, prevenir problemas de salud.

La aportación que pueden hacer las enfermeras como agentes de educación para la salud en todos los niveles de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es fundamental. Diversos autores afirman que las enfermeras perciben la promoción como paradigma profesional. Las enfermeras están realizando una labor importante, especialmente en Atención Primaria promoviendo hábitos saludables y modificando hábitos negativos en la alimentación, la higiene, el ejercicio y en el conocimiento de su enfermedad y control del tratamiento. En educación para la salud, además del personal sanitario, juega un papel fundamental la familia, ya que muchos de los hábitos y costumbres que se adquieren de la familia acompañan a las personas a lo largo de toda la vida; por ello, los padres deben inculcar a sus hijos los valores necesarios para que desarrollen estilos de vida saludables. Además de la familia, otra organización que influye en modificar y/o mejorar los hábitos y costumbres es el colegio, en el que se deberían impartir clases sobre alimentación y estilos de vida saludables en los niños y adolescentes.

Regresando a las palabras de Cristóbal Pera, concluiremos afirmando que poner en marcha una cultura de la salud, como proyecto educativo sería un reto para las sociedades del siglo XXI, ya que el buen uso de los recursos sanitarios depende de que la sociedad haya asumido individual y colectivamente, una razonable cultura de la salud, más que de que disponga de una amplia, bien dotada y accesible asistencia sanitaria. ■

» La OMS define la promoción de la salud como: “El proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y mejoren su salud”.

» Las enfermeras están realizando una labor importante, especialmente en AP promoviendo hábitos saludables y modificando hábitos negativos en la alimentación, la higiene, el ejercicio y en el conocimiento de su enfermedad y control del tratamiento.

\*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.  
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

## El II Congreso Europeo de Pacientes reúne a más de 600 profesionales

*El II Congreso Europeo de Pacientes, Innovación y Tecnologías tiene el objetivo de potenciar el papel de los pacientes en el sistema sanitario y concienciar a las administraciones de su importancia.*

La inequidad en el acceso por parte de los pacientes a las nuevas tecnologías y tratamientos, y las listas de espera, son dos de las principales asignaturas pendientes del sistema sanitario español tal y como ha quedado patente durante el II



El alcalde de Madrid durante la inauguración del Congreso.

Congreso Europeo de Pacientes, Innovación y Tecnologías, que se ha celebrado en Madrid con el impulso del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social. Más de 600 profesionales acudieron a este encuentro, donde además, se subrayó la necesidad de establecer controles rigurosos a la información que circula por Internet para que los pacientes, que se implican cada vez más en las decisiones sobre su salud, tengan datos correctos sobre su enfermedad.

“El paciente ha pasado de ser un sujeto receptor de tratamiento a tener un papel activo, preocupado por su salud y responsable de su proceso. Esto puede ser una causa-efecto del aumento de la información a disposición del público”, aseguró al respecto Juan García Burgos, de la Agencia Europea del Medicamento. Asimismo aseguró que “la Comisión Europea regulará la información de los medicamentos que se ofrecen a los ciudadanos”.

Por su parte, el doctor Manuel de la Peña, presidente del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social aseguró que “es necesario fomentar la igualdad de todos los ciudadanos europeos en el acceso a los tratamientos innovadores y a las nuevas tecnologías”. Según los datos aportados por el profesor José María Martín Moreno, catedrático de Medicina y Salud Pública y asesor del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, “estas desigualdades existen tanto entre países europeos como entre las diferentes comunidades españolas y dentro de las mismas autonomías”. ■

A ti, que das la piel por tus pacientes Salvat la da por ti.

**SKIN FOAM**  
el apósito de espuma que mim a la herida y su entorno

“NO ADHESIVOS” FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

- Suave
- Gran control del exudado
- No se adhiere al lecho ulceral
- Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

Info **Salvat**  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y salud

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

### Revisión de sentencias firmes

*¿Cuándo se puede revisar una sentencia que es firme?*

De conformidad con el artículo 510 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, solamente serán motivo de revisión de sentencias firmes, ante la Sala de lo civil del Tribunal Supremo o las Salas de lo Civil y lo Penal de los Tribunales Superiores de Justicia, cuando:

1. Después de pronunciada la sentencia, se obtuvieren documentos decisivos, de los que no se hubiera podido disponer por fuerza mayor o por estar en manos de la parte en cuyo favor se hubiera dictado la sentencia.
2. Si la sentencia hubiera recaído en virtud de documentos que al tiempo de dictarse una de las partes ignoraba que hubieran sido declarados falsos en un procedimiento penal, o cuya falsedad se declarase después penalmente.
3. Si la sentencia hubiera recaído en virtud de prueba testifical o pericial, y los testigos o los peritos hubieran sido condenados por falso testimonio en las declaraciones que sirvieron de fundamento a la sentencia.

### Inspección de Trabajo

*¿Se pueden considerar como ciertas y válidas las actas de infracción y liquidación de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social?*

Los hechos constatados por los funcionarios de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social que se formalicen en las actas de infracción y liquidación observando los requisitos legales pertinentes tendrán presunción de certeza, sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos e intereses puedan aportar los interesados, según establece la disposición adicional cuarta, apartado segundo de la Ley 42/1997, de 14 de noviembre, Ordenadora de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, en concordancia con los artículos 15 y 32.1.c) del Real Decreto 9287/1998, de 14 de mayo. Es decir, las actas de la inspección de trabajo gozan en

su favor de presunción de certeza, pero sólo en cuanto a los hechos y datos objetivos que por su notoriedad y evidencia puedan ser constatados, pero no a los juicios valorativos y calificaciones jurídicas subjetivas vertidas en el acta de conformidad con la Sentencia del Tribunal Constitucional 76/1990, de 26 de abril, RTC 76 que declara que “ese valor probatorio sólo puede referirse a los hechos comprobados directamente por el funcionario, quedando fuera de su alcance las calificaciones jurídicas, los juicios de valor o las simples opiniones que los inspectores consignen en las actas y diligencias...”

### Título valor

*¿Qué son los títulos valores?*

Los títulos valores son documentos necesarios para legitimar el ejercicio del derecho literal y autónomo que en ellos se incorpora. Pueden ser de contenido crediticio, corporativo o de participación y de tradición o representativo de mercancías. En definitiva, se trata de un documento mercantil esencialmente transmisible que incorpora un derecho literal, esto es, todo lo que se encuentra por escrito puede invocarse como derecho, y autónomo, es el que se puede ejercer libremente, sin que puedan oponerse excepciones no vinculadas directamente al tenedor del título.

### Instrucciones previas

*¿En qué consisten las instrucciones previas?*

El contenido de las instrucciones previas debe versar únicamente sobre los cuidados o tratamientos médicos, y llegado el fallecimiento, el destino del cuerpo y los órganos del otorgante. Sus límites son los propios de la autonomía del paciente y éste no puede, a través de ellas, disponer de su vida, o establecer disposiciones contrarias a la *lex artis*, respecto de las cuales juega un papel importante el transcurso del tiempo desde el otorgamiento de estas instrucciones y el de su aplicación. ■

» Los títulos valores son documentos necesarios para legitimar el ejercicio del derecho literal y autónomo que en ellos se incorpora. Pueden ser de contenido crediticio, corporativo o de participación y de tradición o representativo de mercancías.

» El contenido de las instrucciones previas debe versar únicamente sobre los cuidados o tratamientos médicos, y llegado el fallecimiento, el destino del cuerpo y los órganos del otorgante.

\*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.

Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

## PharmaMar, premiada por su compromiso con la investigación

*PharmaMar, filial biofarmacéutica del Grupo Zeltia, ha recibido un galardón que reconoce su compromiso con la investigación y el tratamiento del sarcoma de tejidos blandos.*

**P**harmaMar, compañía biofarmacéutica del Grupo Zeltia, ha recibido el Premio "Supporting A Cure in our Time" de la Fundación Sarcoma de América (SFA) por su apoyo en la búsqueda de una cura eficaz para los sarcomas de tejidos blandos, objetivo de la fundación, durante el congreso de la *Connective Tissue Oncology Society* (CTOS) celebrado en Londres, recientemente.

En palabras de Matthew Al-sante, director ejecutivo de la SFA: "Entrego con gran satisfacción a PharmaMar el premio "Apoyo a una cura en nuestro tiempo". PharmaMar ha sido líder en la investigación y el tratamiento del sarcoma de tejidos blandos, un tipo de cáncer que ha estado muy abandonado. La Fundación Sarcoma de América reconoce con enorme gratitud a PharmaMar sus esfuerzos innovadores para mejorar la atención y la vida de los pacientes afectados de sarcoma. Debido a que existen escasos tratamientos nuevos y eficaces disponibles para los pacientes con sarcoma, el desarrollo de Yondelis como opción de tratamiento ha significado un importante avance para estos pacientes".

La misión de la Fundación Sarcoma de América (SFA) es actuar como defensor de una mayor investigación para encontrar nuevas y mejores terapias con las que tratar a los pacientes con sarcoma. La SFA recauda sus propios fondos para proporcionar becas de investigación a los investigadores de sarcoma. También interactúa con el sector público y privado y con organizaciones sin ánimo de lucro para crear conciencia de las necesidades de tratamiento de los pacientes con sarcoma.

PharmaMar hasta el momento, comercializa Yondelis en la Unión Europea para el tratamiento del sarcoma de tejidos blandos en adultos, tras el fracaso del tratamiento estándar. Además, próximamente se pondrá en marcha un estudio multicéntrico fase III de Yondelis como terapia de primera línea en pacientes con traslocaciones tumorales, sarcoma de Ewing o sarcomas de tejidos blandos no rabdomiosarcomatosos. A su vez, Yondelis está siendo estudiado en tumores sólidos de alta incidencia y prevalencia en la población, como son los cánceres de próstata, mama y pulmón. ■

**Pharma  
Mar**  
*Grupo Zeltia*



A ti, que das la piel  
por tus  
pacientes  
Salvat la da por ti.

**SureSkin® II**  
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide  
**tan flexible y  
adaptable como la piel**

Info **S**alvat  
000 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**S**  
**SALVAT**  
*innovación y salud*

# ¿Ha visitado NEJM.org últimamente?



Ahora puede acceder, cómo y cuando desee, a los contenidos clínicos más vanguardistas y a las investigaciones de NEJM.

- Los estudios más importantes
- Los artículos de revisión más relevantes
- Recursos que le ahorrarán tiempo
- Información científica de máxima fiabilidad

NEJM.org hace más fácil y más rápido conseguir la información y los materiales que desea.



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

Never stop learning.  
NEJM.ORG



Vea un procedimiento clínico paso a paso: Excelente para revisión o para docencia.



Acceda a una versión de NEJM.org, hecha a medida, para conexión desde cualquier dispositivo portátil.



Cree diapositivas para presentaciones de artículos o imágenes de NEJM con sólo un clic.



Afine sus habilidades de diagnóstico con el "Reto en imágenes": Vea una imagen, formule un diagnóstico.



Ahorre tiempo: Escuche sumarios de artículos de NEJM en su ordenador o en su mp3.

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Representante autorizado de NEJM en España



# Club Médico

**Informativo**

**INVESTIDURA  
EXTRAORDINARIA DE  
DAMAS Y CABALLEROS  
DE YUSTE**

Pág. 2

*Feliz Navidad*





## INVESTIDURA EXTRAORDINARIA DE DAMAS Y CABALLEROS DE YUSTE



LA REAL ASOCIACIÓN DE CABALLEROS DE YUSTE CELEBRÓ EL PASADO MES UNA INVESTIDURA EXTRAORDINARIA, A LA QUE TUVO EL HONOR DE UNIRSE EL CLUB MÉDICO CON MOTIVO DE SU 40º ANIVERSARIO.



Investidura de Damas y Caballeros durante un momento de la ceremonia.

**E**l pasado 8 de noviembre tuvo lugar en la catedral de Sevilla, y presidida por el Exmo. Sr. Cardenal Arzobispo de la Archidiócesis de Sevilla, Monseñor Carlos Amigo Vallejo, una Investidura Extraordinaria de Damas y Caballeros de la Real Asociación de Caballeros de Yuste, acto celebrado en conmemoración del enlace matrimonial del Emperador Carlos V con doña Isabel de Portugal, el 10 de marzo de 1526.

A esta Investidura Extraordinaria ha tenido el honor de unirse el Club Médico, entidad que con motivo de su 40 Aniversario y en colaboración con la revista *Medical Economics*, ha invitado a formar parte de la Orden de Yuste a una selección de destacadas personalidades del mundo sanitario.

La Real Asociación de Caballeros del Monasterio de Yuste fue creada en el año 1957 con el fin, entre otros, de estudiar, defender y difundir lo relativo a la protección del Monasterio de Yuste y a lo que fue y representó la estancia en él del emperador Carlos V,

favoreciendo así mismo, con el apoyo en la figura histórica del emperador, el estudio de la proyección de España y su inserción en el concierto europeo y universal.

### Investidura extraordinaria

Entre los nuevos Caballeros y Damas investidos en Sevilla el pasado mes figuran, entre otros, Marisa Calderón, del Grupo HM; el senador Jesús Aguirre; el tesorero de la Organización Médica Colegial (OMC), Teodoro Sacristán; Honorio Bando, del Instituto Carlos III y vicepresidente de Fundadeps y de Idepro; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; el presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF), Mariano Avilés; Julián Ruiz Ferrán, director de Medical Finders; el presidente del Colegio de Médicos de Badajoz, Pedro Hidalgo; así como un grupo de destacados odontólogos, encabezado por el director de la revista *Dental Practice*, Felipe Aguado, a quien acompañaron, Luis Bertrand Baschwitz, ex vicepresidente del Colegio de Odontólogos de

Madrid; Fernando Gutiérrez Guzmán, secretario de PSN; José María Martínez González, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB) y José María Martínez Carrasco, profesor emérito de Estomatología.

Actuaron como padrinos de los nuevos Caballeros y Damas personalidades de la sanidad como el Dr. Antonio Urbistondo; el presidente del Club Médico, Dr. Diego López Llorente; el Dr. Isacio Siguero, presidente de la Organización Médica Colegial; Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; y el Dr. Santiago Palacios, vicepresidente del Club Médico, entre otros.

En el mismo acto de investidura, que contó para su celebración con el excepcional escenario de la catedral hispalense, también ingresó en la Real Asociación, y como Caballero de Honor, el Cardenal Arzobispo de Sevilla, Monseñor Carlos Amigo.

Los actos conmemorativos finalizaron con un animado cóctel seguido de una cena de gala en el Hotel Meliá Sevilla.



De izda. a dcha., Julián Ruiz Ferrán, Ricardo de Lorenzo y Manuel García Abad.



De izda. a dcha., Felipe Aguado, Luis Bertrand Baschwitz, Diego López Llorente y José María Martínez González.



Diego López Llorente (izda.) y Manuel García Abad.



De izda. a dcha., Charo Castaño (Sra. de Palacios), Graciela Arias (Sra. de López Llorente), Santiago Palacios, Marisa Calderón, Diego López Llorente y Lorenzo Espiga.



De izda. a dcha., Mariano Avilés, Honorio Bando Casado, Julián Ruiz Ferrán, Marisa Calderón, Jesús Aguirre y Manuel García Abad.



Diego López Llorente (dcha.) con Amando Veiga (izda.) y Federico Veiga.

## SOCIOS DE HONOR DE CLUB MÉDICO INVESTIDOS CABALLEROS DE YUSTE

José María Abadal Isasmendi  
Julio Acero Sanz  
Felipe Aguado Gálvez  
Ángel Luis Aguilar Olivan  
Jesús Aguirre Muñoz  
Fernando Álvarez Larrar  
Juan José Álvarez Sáenz  
Pedro Arnauero  
Mariano Avilés Muñoz  
Honorio-Carlos Bando Casado  
Antonio Barceló Moya  
Miguel Batailler Ferrándiz  
Alberto Berguer Sanchez  
Luis Bertrand Baschwitz  
Rafael Botín Blanco  
María Luisa Calderón Calleja  
Adolfo Calvo-Parra y Nebra  
Luis Manuel Carmona Herrero  
Ángel Celdran Uriarte  
Felipe Coello Higuera  
José Antonio Corrales Mota  
Antonio Dávila Cobo  
Julio de la Morena Fernández  
Ricardo de Lorenzo y Montero

Julio de Vega Laorden  
Carlos Doñamayor Hernández  
José Ricardo Ebrí Martínez  
José Ignacio Echaniz Salgado  
Tomas Antonio Encinas del Real  
José María Escalante Salinas  
Carlos Escudero de Buron y González  
Lorenzo Espiga Gómez-Lobo  
José Faura Martín  
Manuel Fernández Vega  
José Luis Fernández-Turegano Ferrand  
Vicente Ferrero Galende  
Francisco Calvo Fernández  
Carlos Alberto Garavelli Gallardo  
Manuel García Abad  
Ángel García Cubero  
David Garduño Blanco  
Andrés Gimeno Marques  
Jenaro Gómez Calvo  
César González del Pino  
Julio González Iglesias  
Juan José Guervos Sánchez  
Fernando Gutiérrez Guzmán  
Fernando Herrero Payo

Pedro Hidalgo Fernández  
Ul' Christian Holtkamp  
Francisco Ivorra Miralles  
Gonzalo Jiménez Rodríguez  
José Luis Lazzano Hernández  
Juan López Belmonte  
Diego López Llorente  
Jesús López Varela  
José Andrés López-Herce Cid  
José Madrigal Tena  
Miguel Ángel Magaña Remón  
Antonio Marín Mateos  
Alejandro Francisco Martín Carrero  
Lisardo Martín Díaz  
Clemente Martín Muñoz  
Emilio Martín Perpignán  
José María Martínez Carrasco  
José María Martínez González  
Enrique Martínez y Casasola  
Carlos Merino Vázquez  
Alfonso Monfort Alcalá  
Enrique Montánchez Salvadores  
José María Morales Vida  
Antonio Moreno Fernández

Fernando Mulas Delgado  
Vicente Muñoz Madero  
Ramsés Nasser Díaz  
Fernando Nicolás Orue  
Luis Núñez Boluda  
Andrés Ortega Monge  
Luis Ortiz Quintana  
Santiago Palacios Gil-Antuñano  
Javier Paulino Tevar  
Vanessa Pereira Duran  
Fernando Pérez Escanilla  
Juan Vicente Pérez Fernández  
José Manuel Pérez Vázquez  
Rafael Pérez-Beato de Cos  
José Marcos Picón Martín  
Joao Pontífice de Sousa  
José Antonio Puchol López  
Héctor Jorge Puchuri Giacomazzi  
Rosa María Quilis Arocas  
Joaquín Ramírez Botello  
Juan Reig Martín  
Antonio Rivas Pérez  
Julio Rivera Franco  
Francisco Javier Rodríguez Rodríguez

Eduardo Rodríguez Rovira  
Juan José Rodríguez Sentín  
Julián Ruiz Ferrán  
Fernando Ruiz-Falco López  
Teodoro Sacristán Alonso  
Víctor Salazaray Baldellón  
José Ignacio Salmerón Escobar  
Carlos Samaniego Mayo  
Juan M. San Román Terán  
Ignacio Bartolomé Sánchez Balbas  
Felipe Sánchez de la Cuesta Alarcón  
Jesús Santa María García de la Chica  
José L. Santa María García de la Chica  
Eulogio Santiago Moreno  
Juan Raúl Sanz Jiménez  
Ramón Tomas Adin  
Antonio Urbistondo Agrasot  
Aureliano Usón Calvo  
Carlos Valladares de la Cuesta  
Amando Veiga Corral  
Federico Veiga de Lama  
Amando Veiga de Lama  
Remigio Vela Navarrete  
Maximiliano Villajos Izquierdo

# Fabulosas Ofertas de Otoño / Invierno 2008



Información y reserva en su agencia de viajes



## POLITOURS

CAA-19

[www.politours.com](http://www.politours.com)

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09

E-mail: [club-medico@arrakis.es](mailto:club-medico@arrakis.es) • Cicma 1448

# medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada  
en búsqueda y selección de médicos  
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

[www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)

# FORO CIENTÍFICO SEXOLOGÍA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

## COMITÉ ORGANIZADOR

**Felipe Hurtado Murillo**  
*Presidente*

Froilán Sánchez Sánchez  
María Lameiras Fernández  
Elena Villalva Quintana  
Ramón González Correales

## COMITÉ CIENTÍFICO

**Carlos San Martín Blanco**  
*Presidente*

José Díaz Morfa  
Antonio Casaubón Alcaraz  
Francisco Cabello Santamaría  
Olatz Gómez Llorens



**Una visión multidisciplinar  
de la sexología científica**

# PROGRAMA PRELIMINAR

**Viernes 12 de junio de 2009**

## **MESA 1: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD**

- Sexualidad en la mediana edad desde la perspectiva de género
- Sexualidad masculina: a propósito de la andropenia
- Sexualidad femenina: menopausia
- Sexualidad en las parejas de mediana edad
- La disfunción eréctil: un tratamiento integrado
- El deseo sexual inhibido: la disfunción más frecuente en la mujer

**Sábado 13 de junio de 2009**

## **MESA 2: LA TRANSEXUALIDAD, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR**

- La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad
- Terapia hormonal en los trastornos de identidad sexual
- Cirugía de reasignación sexual
- Aspectos legales de la transexualidad

## **MESA 3: LOS DELITOS SEXUALES, UN ABORDAJE INTEGRAL**

- Programa terapéutico dentro de la Institución penitenciaria
- Terapias biológicas para agresores sexuales
- Aspectos forenses de la violencia sexual
- Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género

## **COMUNICACIONES LIBRES**

## **TALLER PRÁCTICO: INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Secretaría Técnica

**DRUG FARMA**  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid • Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75  
E-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com • mgonzalez@drugfarmacongresos.com

Información e inscripción

[www.sexologiaintegral.es](http://www.sexologiaintegral.es)

3, 4 y 5  
MARZO  
2009

Estimado socio:



Centro Médico  
**Instituto Palacios**  
Salud de la Mujer



Le anunciamos la celebración del 9º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, SAMEM que tendrá lugar los días 3, 4 y 5 de marzo en el Palacio de Congresos de Madrid. Dada la gran importancia que ha tenido en los medios científicos y de comunicación las ediciones anteriores en las que hubo más de 2.000 participantes, Club Médico ofrece a sus socios becas y ayudas para participar en el mismo. Solicítenos el programa definitivo del Congreso en el que creemos que se ha logrado la participación de los mejores especialistas en los temas más importantes que afectan a la salud de las mujeres en España. Si desea participar en el mismo, póngase en contacto con las oficinas del Club o directamente con el Instituto Palacios, no más tarde del 2 de febrero.



 Encuentro  
Nacional de Salud  
y Medicina de la Mujer

**SAMEM**

CLUB MÉDICO. Leganitos, 35 - 2º A - 28013 Madrid  
Tels. 91 541 02 79 - 91 548 18 66; Fax: 91 541 00 09  
E-mail: club-medico@arrakis.es - www.club-medico.com

# Los relatos galardonados en 2008

Un año más publicamos los artículos ganadores del certamen convocado por la edición americana de Medical Economics. Tres son los reportajes premiados: “Una historia de éxito”, de Joseph M. Scheller; “El día que recibí el veredicto final”, de Erickson Steven; y “Los secretos que guardan los pacientes”, de Kurt Hunter. A continuación les presentamos tanto a los autores, como los textos premiados.



# Ganadores del concurso de relatos



Joseph M. Scheller.

**M**ientras que los pacientes sólo les reconocen por su trabajo: el “hombre o la mujer de la bata blanca”, nosotros hemos tenido el privilegio de poder aprender más acerca de lo que realmente está sucediendo en la práctica médica a través de sus artículos. La edición ori-

Análisis, consejos, y experiencias de los médicos en el Certamen de Artículos 2008 de Medical Economics.

Por Leslie Kane

ginal americana de MEDICAL ECONOMICS invitó a participar a sus médicos en el Concurso Anual de Relatos. Más de 200 profesionales de distintas especialidades médicas se presentaron con gran ilusión. Así, descubrimos sus angustias y frustraciones; la situación de la medicina actual; sus reflexiones y dudas; sus honestas confesiones (y no necesariamente dignas de admirar); sus motivaciones; y algunas de las lecciones que han aprendido y quieren transmitir a sus colegas. A continuación, les presentamos los ganadores de la edición de este año.

**Joseph M. Scheller**, pediatra/neurólogo de Washington, es nuestro primer premio del Certamen 2008. “Los secre-



Kurt Hunter.



Steven Erickson.

tos que guardan los pacientes”. La historia del doctor Scheller trata sobre su esclarecedora experiencia como residente de Pediatría, cuando dedicó un tiempo a indagar más allá de los síntomas obvios del paciente para descubrir lo que subyacía. Un caso aparentemente simple en el que una niña de 11 años presentaba una simple migraña, adquirió una nueva dimensión.

**Kurt Hunter**, médico de familia de Rock Springs, Wyoming, fue premiado por el artículo sobre la mejor solución para la práctica profesional: “Una historia de éxito”.

Hunter, un médico de familia, comenzó su práctica médica hace siete años y tomó una serie de decisiones inteligentes que le llevaron a la práctica y el éxito profesional. Optó por una ubicación que le permitió subsanar la deuda que tenía con la facultad de Medicina; reconfiguró las prestaciones económicas que recibía; añadió auxiliares; comenzó a utilizar sistemas electrónicos; contrató un ayudante personal; trabajó más horas el fin de semana; y ahora tiene una envidiable calidad de vida, así como la satisfacción de sus

mejorados ingresos. Su artículo, describe paso a paso el camino que recorrió hasta la consecución de la práctica que según él “es la práctica ideal con la que sueñan todos los estudiantes de Medicina”.



**Erickson Steven**, un nefrólogo de Rochester, Minnesota, ganó este año el premio de los residentes por su artículo: “El día que recibí mi veredicto final”. El doctor Erickson, que ejerce en un pequeño pueblo, fue juzgado por malpraxis en un

lugar en que todo el mundo se conoce, y nadie olvida lo que has hecho. Si un caso de malpraxis es difícil de superar para cualquier médico, lo es más para un médico rural. Cuando el abogado demandante acusó a Erickson y puso en cuestión su juicio médico, éste temió tanto la sentencia final como lo que sus vecinos y pacientes pensarían de él. Un año después de la sentencia, que lo declaró inocente, ocurrió algo que conmovió su corazón devolviéndole la fe en las personas. ■

# Una historia de éxito



El autor tenía una importante deuda, pero tomó decisiones acertadas que le llevaron al éxito profesional.

Por Kurt Hunter

**R**ock Springs es una hermosa localidad rural de unos 20.000 habitantes, con su propia historia como comunidad minera. Aunque no es uno de los principales destinos dentro del estado, algunos factores me animaron a iniciar allí mi profesión de médico. Resultó ser una sabia decisión.

En el año 2000, tres médicos residentes habían abandonado Rock Springs, desencadenando una clara necesidad de médicos de Atención Primaria. La ciudad tiene un hospital, una instalación de atención urgente y algunas consultas de Primaria.

El hospital buscaba contratar a gente y garantizaba unos determinados ingresos, algo parecido a lo que muchos otros hospitales rurales estaban haciendo.

Mis ganas de permanecer en algún lugar cerca de Wyoming eran una mezcla de intereses profesionales y personales.

Si practicaba en este estado durante tres años, la deuda que tenía con la Universidad para finalizar mis estudios de Medicina de aproximadamente 110.000 euros (incluidos los intereses) sería perdonada.

Se trataba de un programa financiado por el estado a través de contratos con la Facultad de Medicina de la Universidad de Creighton.

Teniendo en cuenta que adoraba vivir en la zona rural de Wyoming la elección era bastante fácil. Sin embargo, todavía tenía una deuda de aproximadamente 86.000 euros en préstamos. Mi siguiente jugada fue la negociación de mi contrato con el hospital. Me comprometí a vivir en Rock Springs, aunque tuve que convencer a mi esposa que éste era el lugar ideal para nosotros. Negocié la condonación de ocho años de deuda (aproximadamente 22.000 euros) contra un período de dos años de ingresos garantizados. Esto me comprometió durante varios años pero me permitió distribuir la carga fiscal. El acuerdo resultó ser una buena idea; otros profesionales de los hospitales de Rock Springs con ingresos garantizados similares tuvieron dificultades para devolver el dinero.

Para ayudar a completar los ingresos de mi práctica, trabajé también durante un año en el hospital de Miners Clinic, una instalación financiada por el estado, que trataba a los mineros jubilados. Esta actividad me aportó 1.000

## Siete pasos para el éxito

1. Ejercer como médico para que se perdonara mi deuda, acogiéndome a un programa federal.
2. Tratar de encontrar la mejor combinación para pagar los facturas y tratar a mis pacientes.
3. Usar los avances de la informática desde el primer día.
4. Conseguir un ayudante para la consulta.
5. Obtener servicios complementarios.
6. Lograr una consulta más grande (en otro edificio).
7. Ofrecer incentivos económicos y prestaciones a los ayudantes para cubrir las horas del fin de semana, compitiendo así con los servicios de urgencia.



Kurt Hunter.

euros semanales para complementar los ingresos por mi trabajo como médico.

Me subieron el sueldo en Wyoming y recientemente he terminado una residencia en Casper. La gente de Rock Springs me acogió como si fuera alguien de allí, que volvía para practicar la Medicina.

Tan pronto como pude, empecé a utilizar la informatización en mi consulta. Resultó ser una de mis mejores decisiones. Obtuve un manual de instrucciones de cómo usar varios programas a través de un compañero residente que lo había conseguido en Florida, en una conferencia. Estudié la información del manual, quedé impresionado y compré el programa por 1.250 euros, completado con los gráficos, tablas, facturación, y la programación de los módulos. Este sistema fue relativamente nuevo en su momento y sentí que asumía un riesgo necesario, sin embargo hoy por hoy es uno de los sistemas mejor valorados del mercado.

Tuve algunos problemas de aplicación del sistema, pero en general, ha ido bien. Debo otorgarle gran parte del mérito de mi éxito. Me permite, tanto a mí como a mis cuatro ayudantes, practicar excelentemente la medicina, con gran eficacia y un alto volumen de pacientes.

Cada ayudante ve cerca de 40 pacientes diarios, y yo veo los casos más complicados, que suelen ser unos 15 por día, con visitas que duran de 20 a 40 minutos. El sistema informático que utilizamos ha crecido con nosotros y sigue mejorando, y además, se van ofreciendo nuevas actualizaciones. Desde el principio, tuve un montón de pacientes. Pero rápidamente me di cuenta de que la cantidad por sí sola no garantizaba el éxito. De hecho, puede incluso ser contraproducente.

Dejé pasar seis meses para poder incorporar a los pacientes de otros médicos, quienes se quedaban sin asistencia al marcharse sus médicos. Le di trabajo a una de sus enfermeras, lo que resultó ser otro acierto. Los pacientes la seguían a mi consulta, que ahora incluía además, a una oficinista sin experiencia que hacía las veces también de recepcionista.

A pesar de que tenía unos ingresos garantizados, no pude ahorrar absolutamente nada hasta pasados seis meses. Invertí 100.000 euros en su mayor parte empleados para pagar nuevos sistemas de gestión en mi consulta necesarios para lograr avanzar.

No podía aceptar más pacientes, pero tampoco podía pagar más facturas. Estaba en una encrucijada. Tenía que hacer un alto en el camino y ponerme a hacer cuentas de nuevo.

Tomé una difícil decisión al no aceptar nuevos pacientes, ni siquiera de Medicare, a excepción de los familiares de los pacientes que ya tenía.

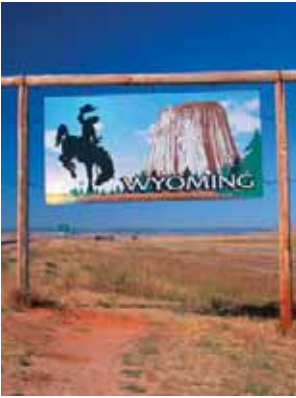
Me encontré con una de las peores situaciones de negocios, que creo pueda existir; me senté y miré mis facturas, y la diferencia entre de ingresos y gastos. Me sorprendió lo que descubrí: no podría sobrevivir con esos ingresos por mucho tiempo.

Revisando el estado de mis cuentas descubrí que la única forma de mejorar mi situación financiera era aumentar el número de pacientes diarios. No quería reducir el tiempo que le dedicaba a cada uno de ellos, ni quería hacer más horas de las que ya hacía, puesto que trabajaba de siete de la mañana a cinco de la tarde. En lugar de ello, añadí algunos mandos intermedios. Contraté a un ayudante personal, un excelente clínico con más de 10 años de experien-

cia que también fue bien acogido. Me preocupaba no poder cubrir sus expectativas laborales y salariales (le ofrecí un seguro de salud, un plan de jubilación y vacaciones pagadas desde el principio).

Sin embargo, traje miles de pacientes con él de su médico anterior, que estaba teniendo problemas con su licencia. Nuestra consulta duplicó su tamaño, casi de la noche a la mañana. Nosotros, a continuación, añadimos nuevos pacientes y otro ayudante personal un par de años más tarde.

Rápidamente me di cuenta de que necesitábamos más asistentes para atender a los pacientes, pero la Asociación de Medicina de Wyoming no permitía más de dos ayudantes por médico. Así que intentamos introducir varia-



minación del vello y eliminación de varices, entre otros.

Tres años más tarde, compré unas oficinas más grandes, y nos mudamos de nuestro espacio de 360 metros cuadrados alquilado a otro nuevo de 2.200, instalaciones que hemos diseñado sobre la base de nuestra experiencia con el flujo de pacientes y sus necesidades.

La propietaria del edificio nos proporcionó beneficios fiscales lo que me permitió añadir una nueva fuente de ingresos. Alquilé el espacio de la oficina a un neurólogo de Utah, que tiene planes para ampliar el edificio y ofrecer tratamientos de insomnio y servicios de radiología.

Mi trabajo es el sueño de un estudiante de Medicina. Acabo de cumplir 39 años y 7 y medio en la práctica privada, y mis ingresos

«Revisando el estado de mis ingresos me di cuenta de que la única forma de mejorar mi situación financiera era aumentar el número de pacientes diarios»

ciones o anexos en la ley para cambiar el límite a cuatro. Argumentamos que la escasez de médicos de Atención Primaria en las comunidades rurales lo hacía necesario. El proyecto de ley que fue aprobado en última instancia, aumentó el número a tres, y un año después contraté a un tercer médico: la primera mujer ayudante de mi consulta. Esto ofrecía una alternativa deseada por muchas mujeres, y la consulta creció aún más.

Aproximadamente un año más tarde, presenté una petición a la Asociación de Medicina de Wyoming para que hicieran una excepción que me permitiera contratar a un cuarto ayudante, sobre la base del mismo argumento del pasado año.

También esta vez fue concedida. Contraté a tiempo parcial a un ayudante, que inicialmente trabajaba 20 horas por semana y ahora trabaja a tiempo completo. Ofrecí a mis ayudantes un incentivo del 50 por ciento de los ingresos para cubrir los sábados. Esto nos permitió ofrecer plena cobertura los sábados, compitiendo con los servicios de urgencias.

En el año 2003, añadí servicios auxiliares, como un laboratorio completo y, más recientemente, un láser para cirugía estética, que ofrecía varios servicios: tratamiento de acné, tratamiento de las manchas de envejecimiento, eli-

son un 5 por ciento más altos, que los del resto de colegas de la profesión. Una de las ventajas más importantes que he conseguido es que ya no tengo que coger las llamadas yo mismo, ya que se encargan los ayudantes que he podido contratar. Y sólo trabajo cuatro días a la semana.

Mi trabajo me ha permitido, por ejemplo, tener tiempo para ser el entrenador de mis hijos, que practican béisbol, fútbol y baloncesto. Dedico los fines de semana a cazar, pescar, dar paseos en barca y disfrutar de mi familia. Mi objetivo en este artículo no es presumir, sino animar a los médicos que crean que ya no hay oportunidades en Atención Primaria. Desde un punto de vista financiero y desde la perspectiva médica, mi clínica está haciendo muy buen trabajo. Aunque a veces me preocupó por nuestro rápido crecimiento y, en particular, por la dificultad de hacer frente a las facturas y gastos, mis colegas y yo estamos siempre buscando maneras de mejorar y crecer, manteniendo nuestro alto nivel de calidad para nuestros pacientes.

Sobre todo, estoy contento por ser un médico rural y me siento afortunado de que la combinación adecuada de las decisiones que he tomado, me haya llevado a conseguir mi éxito profesional. ■

# Adiro®

Ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico

Garantía de protección cardiovascular



Con el corazón en la mano

(Ver ficha técnica en pág. 41)



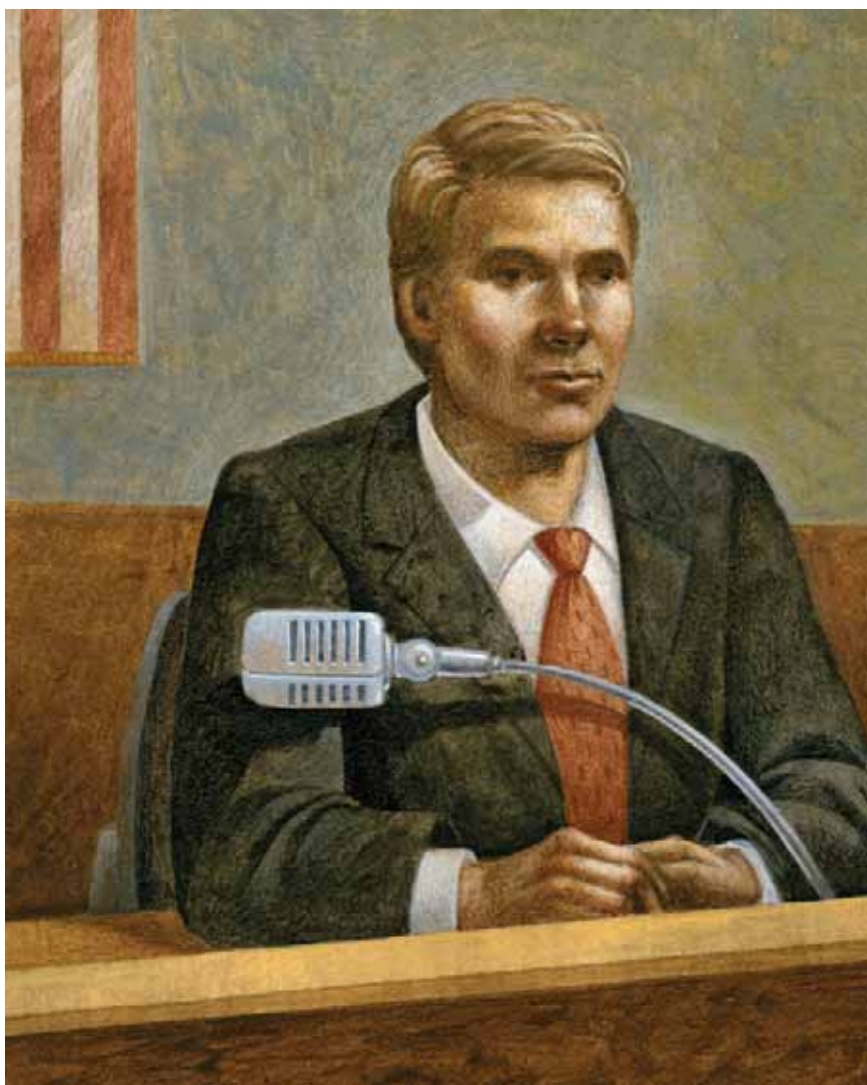
Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer, S.L.  
Av. Baix Llobregat 3-5 - 08970  
St. Joan Despí, Barcelona  
[www.bayerscheringpharma.es](http://www.bayerscheringpharma.es)

# El día que recibí el veredicto final

Tras vivir un juicio por malpraxis, este médico estaba muy preocupado por su reputación, hasta que recibió la sorprendente visita de un paciente.

Por Steven Erickson



“**D**octor, estuvo usted implicado en una demanda por malpraxis el año pasado, ¿verdad?”

La pregunta de mi nuevo paciente, Roger, me golpeó como si de un puñetazo en el estómago se tratara. No estaba seguro de qué decir. “Sí”, respondí con un hilo de voz, mientras me quedaba blanco como la cera.

Un caso de malpraxis es difícil de superar para cualquier médico. Sin embargo, para un médico rural como yo, el daño potencial a su reputación hace que sea aún peor. Un año después de que mi juicio terminara, todavía me pregunto qué rumores estarán circulando por la ciudad, lo que seguirán diciendo mis colegas, y quién más se habrá enterado del caso.

Roger, mi nuevo paciente, y su esposa habían llegado recientemente desde Arizona. ¿Se habrían enterado de lo de mi juicio a través de Internet?

Si es así, ¿por qué vienen a mí? Una pregunta de Roger bastó para que aflorara en mí todo el temor, la ira, la vergüenza y la culpabilidad que he tratado de superar durante todo este tiempo.

“No quisiera avergonzarle, doctor, pero mi hijo fue miembro del jurado en su juicio”, dijo Roger.

Se trataba de un parto que tuve que asistir. Debido a una grave distocia del hombro, el bebé se atascó en el canal del parto y presentaba daño cerebral.

«Cuando el abogado trató de ponerme nervioso, me mantuve tranquilo, usando las mismas habilidades que he utilizado siempre para manejar a los pacientes en crisis»»

Tras el nacimiento, los padres adolescentes, trajeron a un hábil abogado de Chicago cuya especialidad eran los casos de malpraxis en bebés. En el juicio, se dedicó a plantear cuestiones varias para corroborar las premisas básicas de la negligencia que supuestamente yo había cometido: que yo debí haber previsto el problema, ordenado más pruebas y optado por una cesárea en lugar de un parto normal.

Tengo que admitir que era muy bueno en su trabajo. Pero en aquel momento, me pareció repulsiva la forma en que manipulaba los hechos para reflejar el punto de vista de los padres demandantes. Hice un gran esfuerzo para contener mis emociones; de vez en cuando dudé de mi propio criterio médico.

Peor aún, me preguntaba lo que mi familia y amigos estarían pensando por culpa de esas preguntas tan enrevesadas. Si yo había comenzado a dudar de mí mismo, seguramente otros en la sala habrían comenzado a considerarme manifiestamente incompetente.

Sin embargo, mi abogado era también muy habilidoso. Mientras preparábamos el caso, me dijo: "Steve, los miembros del jurado son de su área. Es usted su médico. Sabe cómo hablar con ellos, cómo explicarles los hechos de forma en que lo entiendan".

Y eso es lo que hice cuando me llamaron a declarar. Respondí abierta y honestamente, con explicaciones sencillas ante la ronda de inquisitivas preguntas y los confusos gráficos estadísticos. Y cuando el abogado demandante trató de ponerme nervioso con su voz acusadora y su conducta agresiva, me mantuve tranquilo y comedido, haciendo uso de las mismas habilidades interpersonales que he utilizado siempre para manejar a los pacientes en crisis.

Abandoné rápidamente mis cavilaciones cuando Roger comenzó a relatarme los detalles del juicio a través del prisma de su hijo como jurado.

"Mi hijo es ganadero", comenzó, "lo que me hizo preguntarme por qué sería de alguna manera importante para el caso. En las delibera-

ciones del jurado, hubo algunas personas que pensaban que podría haber cometido usted un error, que tal vez los pobres chicos merecían algo de dinero por lo que le había sucedido a su bebé. Pero después de un rato, mi hijo no pudo soportarlo más. Así que se levantó y les explicó a los miembros del jurado unas cuantas cosas sobre lo que él sabía como ganadero".

Habló de los partos y la vida, y acerca de cómo, a veces, las cosas simplemente ocurren. Habló sobre cómo se reconoce a un buen médico cuando se ve. Y, por supuesto, al final, los otros miembros del jurado le dieron la razón".

Cuando terminó su relato, me acordé del veredicto anunciado por el presidente del jurado: "¿Es el acusado responsable profesionalmente por los daños causados a la parte demandada?" Nosotros, el jurado, por voto unánime, creemos que no".

A continuación, Roger continuó hablando. "Así que, verá usted, cuando nos mudamos a la ciudad y le pregunté a mi hijo, a qué médico debía ir, me recomendó a usted. Yo sólo quería que usted supiera que mi hijo dijo cosas buenas acerca de usted durante el juicio y que él quería que fuera nuestro médico".

Le agradecí enormemente su franqueza y nos despedimos hasta la siguiente visita, mientras yo luchaba por mantener mi compostura. Pero mientras volvía a mi oficina, mis ojos se llenaron de lágrimas y me di cuenta de que estaba llorando. Después de toda la vergüenza y las dudas que me surgieron a causa del juicio, hubo un miembro del jurado que no sólo creyó en mi inocencia, sino que además confió en mí lo suficiente como para recomendarme a sus ancianos padres.

Fue en ese momento cuando empecé a ver de nuevo a mis pacientes como amigos y no simplemente como amenazas de demandas. Desde ese día dejé de dudar de mí mismo.

A pesar de que había ganado el caso por malpraxis me costó más de un año superarlo. Hasta que no recibí la visita de Roger a mi oficina no recibí el veredicto final de mi caso. ■



Steven Erickson.

# Los secretos que guardan los pacientes

El autor descubrió cómo las cicatrices emocionales contribuyen a aumentar los síntomas de un paciente.

Por Joseph Scheller



Cuando los pacientes acuden a la consulta o al hospital, –los médicos– por lo general, tienen una historia que contar, más allá de la obvia lista de síntomas. Me he dado cuenta de la importancia de descubrir la “historia detrás de la historia”, porque sin ella mis intentos de realizar un diagnóstico acertado, y su posible tratamiento, pueden ser inútiles. Aprendí esta valiosa lección hace muchos años, cuando yo era un residente de Pediatría de segundo año. Mi primer paciente de la tarde fue una niña de 11 años de edad acompañada de su madre. Después de revisar detenidamente su historial médico y de realizar un reconocimiento físico completo, le entregué el parte a la pediatra que estaba en la habitación de al lado.

Le expliqué que la dolencia principal de la paciente de 11 años de edad era dolor de cabeza crónico. “Nada que mencionar en relación al historial, las revisiones y los exámenes. Parece que tiene migrañas, y por otro lado, la he informado sobre el aborto y la prevención de embarazos. ¿Si no necesita nada más, me puede firmar aquí?”.

“Cuénteme algo sobre la joven”, respondió la pediatra. “¿Tiene una familia estable o inestable? ¿Es una buena estudiante? ¿Tiene hermanos? ¿Qué relación tiene con ellos? ¿Existe algún problema médico en su historial familiar? ¿Tiene problemas con su familia o existen presiones externas que afecten a su entorno?”.

Intenté no suspirar. Ya debería estar acostumbrado a médicos quisquillosos sin nada mejor que hacer que amargarme el día. “¿Podría ayudarme a hacerle esas preguntas para terminar rápidamente la consulta y que pueda atender a mi siguiente paciente?”, pregunté en mi tono más cortés.

En cuanto la pediatra entró en la pequeña sala de exámenes, le presenté a mi paciente, una adolescente perfectamente arreglada y bien educada, vestida con su uniforme escolar escocés. Su madre se levantó para saludarnos.

“El doctor Scheller me ha comentado que su hija tiene fuertes dolores de cabeza”, dijo la pediatra. No quiero robarle mucho tiempo, pero necesito un poco más de información. ¿Me puede decir quién más vive en su casa? La madre respondió amablemente. “Mi marido, mi hija y sus seis hermanos menores, y yo.

“Entonces es una gran familia”. Esto es importante. La pediatra me miró y continuó.

“¿Alguien le ayuda a cuidar de todos los niños?” La madre señaló a mi paciente. “Mi hija me ayuda a dar de comer, vestir, entretener, y revisar los deberes de todos sus hermanos menores. Ella es muy madura y responsable”.

“Sí, pero creo que es mucha responsabilidad para una niña de 11 años. Eso podría provocar un dolor de cabeza o dos”.

### Más preguntas

Sin embargo, la pediatra no había terminado. “¿Y es capaz de encontrar tiempo para hacer sus propios deberes y participar en actividades extraescolares?”

La madre relató llena de orgullo: “Ella es una estudiante sobresaliente. Y está contenta de poder ayudarme en casa en lugar de estar por ahí correteando con sus amigos”.

Yo estaba empezando a comprender la situación. “Tal vez la chica esté un poco estresada”, pensé. Desde luego, yo no tenía tanto aguante a esa edad.

Más preguntas del médico. “¿Ayuda su marido en casa?” Pensé que no era una pregunta demasiado personal.

La madre sacudió la cabeza apesadumbrada. “Por desgracia no; está discapacitado y en silla de ruedas”. ¡Yaya! Eso es algo de lo que me tendría que haber enterado al repasar su historial. A pesar de todo, es realmente relevante para los dolores de cabeza.

Sin embargo, proseguían las preguntas. ¿Cómo quedó su marido discapacitado? En este punto, tanto la madre como la hija se mostraron abatidas: “Desgraciadamente, presencié un tiroteo entre coches. La bala dañó su médula espinal y ya no puede caminar”.

“Oh, Señor”, pensé. Yo he entrevistado a estas dos personas hace sólo un momento y no me he dado cuenta de la carga que soportaban. Me sentí ignorante y avergonzado.

Al tiempo que me preguntaba si alguna vez podría redimirme ante esta pediatra, ella hizo dos últimas preguntas: “¿Ocurrió el tiroteo cerca de su casa? ¿Hubo testigos?”

La madre parecía dolida por tener que revivir ese trauma, pero se sintió obligada a contárselo a la pediatra. “Sucedí en frente de nuestra casa. Hubo sólo un testigo: ella ha tenido dolores de cabeza desde entonces. “Acompañé a la pediatra a la sala de espera. Fue comprensiva y sólo dijo: “A veces hay una historia. Y a veces hay una historia detrás de la historia”. Nunca he olvidado esta lección. ■

# Adiro®

Ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico

**ADIRO 100® y ADIRO 300®**, comprimidos recubiertos. Para una información más detallada, la Ficha Técnica completa de esta especialidad se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios. **Nombre de la especialidad:** Adiro® 100, Adiro® 300. **Composición cualitativa y cuantitativa:** Cada comprimido de Adiro® 100 contiene 100 mg de ácido acetilsalicílico. Cada comprimido de Adiro® 300 contiene 300 mg de ácido acetilsalicílico. **Forma farmacéutica:** Comprimidos recubiertos. **Indicaciones terapéuticas:** Está indicado en la profilaxis secundaria tras un primer evento isquémico coronario o cerebrovascular de: Infarto de miocardio, angina estable o inestable, angioplastia coronaria, accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente, reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar de 100 a 300 mg/día. Los comprimidos deben ingerirse con ayuda de algún líquido después de las comidas. Por su forma galénica de liberación retardada, Adiro® 100/300 no está indicado en el infarto agudo de miocardio. Sin embargo, si en el caso de urgencia debe recurrirse a su utilización, se recomienda triturar el comprimido o bien masticarlo con el fin de acelerar la absorción del ácido acetilsalicílico. Dosis superiores no han mostrado mayor eficacia y aumentan el número de complicaciones. **Contraindicaciones:** No administrar en caso de: Úlcera gastroduodenal activa, crónica o recurrente; molestias gástricas de repetición. Antecedentes de hemorragia o perforación gástrica tras el tratamiento con ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios no esteroideos. Asma. Hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico o a cualquiera de los componentes de esta especialidad, a otros salicilatos, a antiinflamatorios no esteroideos o a la tartrazina (reacción cruzada). Enfermedades que cursen con trastornos de la coagulación, principalmente hemofilia o hipoprotrombinemia. Insuficiencia renal o hepática grave. Pacientes con pólipos nasales asociados a asma que sean inducidos o exacerbados por el ácido acetilsalicílico. Niños menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela, ya que en estos casos la ingesta de ácido acetilsalicílico se ha asociado con la aparición del Síndrome de Reye. Tercer trimestre del embarazo a dosis superiores a 100 mg/día. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe evitarse la administración de ácido acetilsalicílico antes o después de una extracción dental o intervención quirúrgica, siendo conveniente suspender su administración una semana antes de dichas intervenciones. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos se asocia con la aparición de hemorragia, ulceración y perforación del tramo digestivo alto. El riesgo aumenta con la dosis, en pacientes ancianos y en pacientes con antecedentes de úlcera gástrica, especialmente si se complicó con hemorragia o perforación. Los pacientes deben acudir a su médico en caso de aparición de melenas, hematemesis, astenia causada o cualquier otro signo o síntoma sugerente de hemorragia gástrica. Si aparece cualquiera de estos episodios, el tratamiento debe de interrumpirse inmediatamente. Siempre que sea posible deberá evitarse el tratamiento concomitante con medicamentos que puedan aumentar el riesgo de hemorragias, especialmente digestivas altas, tales como corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes. En el caso de que se juzgue necesario el tratamiento concomitante, éste deberá realizarse con precaución, advirtiendo al paciente de posibles signos y síntomas (melenas, hematemesis, hipotensión, sudoración fría, dolor abdominal, mareos) así como la necesidad de interrumpir el tratamiento y acudir inmediatamente al médico. Además, este medicamento deberá administrarse bajo estrecha supervisión médica en caso de: hipersensibilidad a otros antiinflamatorios/antirreumáticos, deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, urticaria, rinitis, hipertensión arterial. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS:** Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides, diuréticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, anticoagulantes orales, trombolíticos y antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II, otros antihipertensivos (-bloqueantes), insulina y sulfonilureas, ciclosporina, vancomicina, interferón. **INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS:** litio, metotrexato, uricosúricos, antiácidos, digoxina, barbitúricos, zidovudina, ácido valproico, fenitoína. **Interacciones con pruebas de laboratorio:** El ácido acetilsalicílico puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: Sangre: aumento (biológico) de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoníaco, bilirrubina, colesterol, creatina kinasa, creatinina, digoxina, tiroxina libre, lactato deshidrogenasa (LDH), globulina de unión a la tiroxina, triglicéridos, ácido úrico y ácido valproico; aumento (interferencia analítica) de glucosa, paracetamol y proteínas totales; reducción (biológica) de tiroxina libre, glucosa, fenitoína, TSH, TSH-RH, tiroxina, triglicéridos, triiodotironina, ácido úrico y del aclaramiento de creatinina; reducción (interferencia analítica) de transaminasas (ALT), albúmina, fosfatasa alcalina, colesterol, creatina kinasa, lactato deshidrogenasa (LDH) y proteínas totales. Orina: Reducción (biológica) de estril; reducción (interferencia analítica) de ácido 5-hidroxi-indolacético, ácido 4-hidroxi-3-metoxi-mandélico, estrógenos totales y glucosa. **Embarazo y lactancia:** EMBARAZO: El ácido acetilsalicílico atraviesa la barrera placentaria. El uso de salicilatos en los 3 primeros meses del embarazo se ha asociado en varios estudios epidemiológicos con un mayor riesgo de malformaciones (paladar hendido, malformaciones cardíacas). Con dosis terapéuticas normales, este riesgo parece ser bajo. Los salicilatos sólo deben tomarse durante el embarazo tras una estricta evaluación de la relación beneficio-riesgo. Si se administra ácido acetilsalicílico durante el primer y segundo trimestre del embarazo, la dosis debería ser lo más baja posible y la duración del tratamiento lo más corto posible. Esta contraindicación su uso en el tercer trimestre del embarazo. Su administración en el tercer trimestre puede prolongar el parto y contribuir al sangrado materno o neonatal y al cierre prematuro del ductus arterial. **LACTANCIA:** Se excreta a través de la leche materna, por lo que no se recomienda su utilización durante el período de lactancia debido al riesgo de que se produzcan en el niño efectos adversos. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se han descrito. **Reacciones adversas:** Los efectos adversos del ácido acetilsalicílico son, en general, infrecuentes aunque importantes en algunos casos. En la mayor parte de los casos, los efectos adversos son una prolongación de la acción farmacológica y afectan principalmente al aparato digestivo. El 5-7% de los pacientes experimenta algún tipo de efecto adverso. Las reacciones adversas más características son: Trastornos gastrointestinales frecuentes (1-9%): úlcera gástrica, úlcera duodenal, hemorragia gastrointestinal (melenas, hematemesis), dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos. Trastornos respiratorios frecuentes (1-9%): espasmo bronquial paroxístico, disnea grave, rinitis. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo frecuentes (1-9%): urticaria, erupciones cutáneas, angioedema. Trastornos de la sangre y sistema linfático frecuentes (1-9%): hipoprotrombinemia (con dosis altas). Trastornos generales poco frecuentes (<1%): síndrome de Reye (en menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela. Ver Apdo. 4.3). Trastornos hepatobiliares poco frecuentes (<1%): hepatitis (particularmente en pacientes con artritis juvenil). Con dosis superiores a las de este preparado en tratamientos prolongados pueden aparecer: trastornos generales, trastornos del sistema nervioso, trastornos psiquiátricos, trastornos del oído y del laberinto, trastornos de la piel y tejido subcutáneo, trastornos renales y urinarios. El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún tipo de sordera, tinnitus o mareos. En pacientes con historia de hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico y a otros antiinflamatorios no esteroideos pueden producirse reacciones anafilácticas o anafilactoides. Esto también podría suceder en pacientes que no han mostrado previamente hipersensibilidad a estos fármacos. **Sobredosificación:** Dada la naturaleza del preparado, la posibilidad de una intoxicación accidental es muy reducida. La sintomatología de la sobredosificación incluye cefalea, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, respiración rápida, confusión mental, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. El tratamiento es sintomático, incluyendo emésis, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves, administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En el caso de una supuesta sobredosis, el paciente debe mantenerse bajo observación durante por lo menos 24 horas, puesto que durante varias horas pueden no ponerse en evidencia los síntomas y niveles de salicilato en sangre. **Relación de excipientes:** almidón de maíz, polvo de celulosa, copolímero de ácido metacrílico tipo C, dodecilsulfato de sodio, polisorbato 80, talco, citrato de trietil. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en su envase original en condiciones normales de humedad y temperatura. **Naturaleza y contenido del envase:** Envase con 30 comprimidos. **Presentaciones:** Envase de 30 comprimidos de 100 mg PVP (IVA); 2,42 €. Envase de 30 comprimidos de 300 mg PVP (IVA); 2,67 €. **Nombre y dirección del titular de la autorización de comercialización:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Av.Baix Llobregat 3-5 - 08970 St.Joan Despí, Barcelona **Fecha de la revisión:** Junio 2004



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer, S.L.  
Av.Baix Llobregat 3-5 - 08970  
St.Joan Despí, Barcelona  
www.bayerscheringpharma.es

# Informática

## La compatibilidad del software



Oscar Gil García\*

**S**i hiciéramos una encuesta a todos los proveedores de *software* sanitario sobre la compatibilidad de sus productos con estándares comunes como HL7, CDA o IHE, es seguro que todos contestarán que sus productos se adecuan completamente a dichos estándares.

Es más, se suele transmitir la sensación de que la consideración de estos estándares permite que aplicaciones diferentes se conecten entre sí de forma automática o como sucede con los periféricos informáticos, de forma “plug and play”.

Lo cierto es que los estándares, aunque fundamentales, requieren establecer mecanismos de comunicación, y en la mayoría de los casos, desarrollos de *software*.

En este artículo, a modo de ejemplo, se describen distintos mecanismos tecnológicos para establecer una comunicación entre dos aplicaciones que se van a comunicar vía HL7.

Se trata de un protocolo basado en paquetes o mensajes, como existen muchos en el mundo de las telecomunicaciones (sin ir más lejos, IP, además de un sistema de direccionamiento, es un protocolo basado en mensajes o paquetes).

Para establecer la comunicación necesaria entre las aplicaciones informáticas que deben intercambiarse e interpretar los mensajes HL7, existen distintos mecanismos:

### 1. Interfaz HL7 a través de HTTP:

Los mensajes HL7 se transmiten utilizando el protocolo de transporte HTTP, donde en lugar de enviar una página *web* se envía un mensaje HL7. Tiene la ventaja de que trabajamos sobre un protocolo ampliamente difundido y fácil de utilizar. Adicionalmente facilita la gestión de seguridad ya que el puerto HTTP normalmente está abierto en todas las organizaciones, y además se pueden utilizar meca-

nismos criptográficos, por ejemplo con HTTPS.

### 2. Interfaz HL7 a través de un servicio *web*:

Los mensajes también se pueden intercambiar a través de protocolos SOA (*Service-oriented architecture*). En este modelo, en la aplicación correspondiente se publican (WDSL), lo cual requiere desarrollo, una serie de servicios que pueden ser llamados desde otra aplicación. La ventaja es que una vez desarrollado el servicio, se puede acceder a él desde cualquier otra aplicación que tenga permiso. Este sistema se postula como la base tecnológica del futuro de la interoperabilidad, que pasa por la necesidad de definir un catálogo de servicios comunes y establecer los estándares de codificación.

### 3. Interfaz HL7 a través de Socket:

Se puede transmitir el mensaje sobre TCP/IP directamente, como protocolo de transporte. Es común utilizarlo con aplicaciones informáticas antiguas, ya que es la interfaz más difundida entre estas.

### 4. Interfaz HL7 a través de fichero:

La aplicación origen puede generar un fichero plano con formato HL7 que pueda ser leído por la aplicación destino. Dicho fichero puede ser enviado por distintos mecanismos o simplemente se puede dejar en un repositorio común accesible por ambos sistemas. En muchas instalaciones se introduce entre las dos aplicaciones un motor de integración. El motor es una aplicación intermedia que actúa de interconexión entre varias aplicaciones, configurando una red en estrella. Un motor de este tipo está escuchando continuamente en todos sus canales de entrada para recoger y tramitar los mensajes hacia la aplicación correspondiente en base a unas tablas predefinidas de rutas. En el caso de los directorios compartidos, el motor puede estar continuamente monitorizando dichos directorios para proveer al trámite de los mensajes. ■

» HL7 es un protocolo basado en paquetes o mensajes, como existen muchos en el mundo de las telecomunicaciones (IP, además de un sistema de direccionamiento, es un protocolo basado en mensajes o paquetes).

» Los estándares, aunque fundamentales, requieren establecer mecanismos de comunicación, y en la mayoría de los casos, desarrollos de *software*.

\*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.

Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

# Impuestos

## Respuestas a sus preguntas sobre...

### Tributación de incentivos

**A. ¿Cómo tributan los incentivos otorgados por el promotor de edificaciones destinadas a vivienda al comprador de las mismas?**

La crisis inmobiliaria provoca que algunos promotores ofrezcan incentivos a los posibles compradores. La Dirección General de Tributos (DGT) contestó el 10 de abril de 2008 a una consulta de un promotor de edificaciones que, para incentivar las ventas, se planteaba pagar los primeros 24 meses del préstamo inmobiliario que garantizaría el inmueble adquirido y en el cual se subrogaría el comprador. El consultante se planteaba el tratamiento fiscal de dicha operativa para vendedor y comprador en el ámbito de distintos impuestos que podían incidir en ella. La DGT considera que dicha operación será neutra en la medida en la que los intervinientes sean personas jurídicas, mientras que no lo será cuando el comprador sea persona física, lo cual sucederá en la mayoría de los casos.

**B. ¿Cuál es su repercusión en el Impuesto de Sociedades?**

Para el vendedor persona jurídica constituye una operación neutra en el ámbito del Impuesto sobre Sociedades (IS), puesto que el importe pagado al comprador reducirá el precio de venta de la vivienda y, por tanto, disminuirá su base imponible. Del mismo modo, para el comprador, persona jurídica, la parte del precio del inmueble no desembolsado reducirá el valor de adquisición del mismo, contabilizándose con cargo a la deuda con la entidad bancaria que se reducirá en igual importe. El menor precio pagado implica un menor precio de adquisición pero no un aumento en la base imponible de manera directa, aunque supondrá menores amortizaciones en ejercicios futuros y una mayor base imponible en el momento de una ulterior transmisión.

**C. ¿Y si el comprador es persona física?**

En este caso, la DGT considera que la parte del precio de compra de la vivienda que no se pagará al vendedor de la misma no constituye una minoración del precio de la misma. Por el contrario, ese importe constituye para el comprador una ganancia patrimonial sujeta al IRPF. Esta ganancia se integrará en la renta general del adquirente, gravándose según su tipo aplicable que puede llegar al 40 por ciento (tipo máximo actual). No es una ganancia que forme parte de la base imponible del ahorro porque no deriva de la transmisión de un elemento patrimonial. Ello significa que si el promotor de la vivienda que vamos a adquirir nos ofrece un descuento en el precio de la misma, esa rebaja tributará en nuestra imposición personal, de manera que habremos de descontar lo que tributaremos por ella. O sea, que tal descuento puede al final no serlo cuando ajustemos cuentas con Hacienda al presentar nuestra declaración. Dado que ese importe descontado formará parte del precio de adquisición, podrá aplicarse la deducción por inversión en vivienda habitual si cumple los restantes requisitos para ello.

**D. Y en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones...**

En este supuesto que comentamos, la DGT considera que no existe intención de realizar una liberalidad por parte del vendedor, sino que el descuento ofrecido responde a una estrategia comercial, de modo que el importe del mismo no estará sujeto al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD). Por último, la DGT puntualiza que, en el caso en el cual se apreciase que existe una intención de hacer una liberalidad a favor de los clientes que no pudiera enmarcarse dentro de los usos comerciales en un entorno de libre competencia, existiría una donación gravada en el ISD, cuyo sujeto pasivo sería el comprador. ■



» Para el vendedor "persona jurídica" constituye una operación neutra en el ámbito del Impuesto sobre Sociedades (IS), puesto que el importe pagado al comprador reducirá el precio de venta de la vivienda.

» La DGT considera que la parte del precio de compra de la vivienda que no se pagará al vendedor de la misma no constituye una minoración del precio de la misma.

\* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Montse Capdevilla.

Para contactar: info@alescab.es

# Desde el inicio de la Diabetes ya hay riesgos...



# Glucobay®

Acarbosa

le ofrece el control



• Reducción de la hiperglucemia  
posprandial <sup>1</sup>

• Los estudios STOP-NIDDM y MeRIA<sup>7</sup> han demostrado  
prevención cardiovascular <sup>2,3</sup>



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer S.L.  
Av. Baix Llobregat, 3 - 5. 08970 Sant Joan Despí - Barcelona.  
www.bayerscheringpharma.es

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** GLUCOBAY® 50, comprimidos. GLUCOBAY® 100, comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Glucobay® 50, comprimidos: Un comprimido contiene: acarbosa (D.C.I.), 50 mg. Glucobay® 100, comprimidos: Un comprimido contiene: acarbosa (D.C.I.), 100 mg. Para la lista completa de excipientes, ver sección 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** comprimidos. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Diabetes del adulto en la que el tratamiento dietético resulta insuficiente o como coadyuvante al tratamiento con sulfonilureas, metformina o insulina. **4.2 Posología y forma de administración:** El médico ajustará la dosis individualmente, ya que la eficacia y la tolerancia difiere de un paciente a otro. Las dosis recomendadas son las siguientes: Dosis inicial: 3 x 50 mg al día hasta 3 x 100 mg al día. Dosis máxima: 3 x 200 mg al día. Se puede aumentar la dosis transcurridas 4 - 8 semanas, y siempre que el paciente presente una respuesta clínica inadecuada en el curso más avanzado del tratamiento. Si se presentan síntomas molestos a pesar del cumplimiento estricto de la dieta, no se debe aumentar más la dosis, reduciéndola si fuera preciso. La dosis media es de 300 mg de acarbosa al día (lo que corresponde a 2 comprimidos de 50 mg de acarbosa tres veces al día o 1 comprimido de 100 mg de acarbosa tres veces al día). Los comprimidos de Glucobay® se pueden ingerir enteros con un poco de agua al principio de la comida, o bien se pueden masticar con los primeros bocados de la comida. **Pacientes ancianos:** No es necesario ningún ajuste de la dosis en función de la edad del paciente. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ningún ajuste de la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Ver apartado 4.3 (Contraindicaciones). **Niños y adolescentes:** Ver apartado 4.4 (Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la acarbosa y/o a los excipientes. Alteraciones intestinales crónicas asociadas con trastornos de la digestión y de la absorción. Patologías que pueden empeorar como resultado de un incremento de la formación de gases en el intestino (p.ej. síndrome de Roemheld, hernias mayores, obstrucciones intestinales y úlceras intestinales). Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 25 ml/min). Cetoacidosis diabética y cirrosis hepática. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo:** El tratamiento con acarbosa puede producir elevaciones asintomáticas de los enzimas hepáticos y en algunos casos hepatitis reversible tras la interrupción del tratamiento. Se recomienda realizar un control periódico (al menos mensual) de los enzimas hepáticos durante el primer año de tratamiento e interrumpir el tratamiento si la elevación de los enzimas hepáticos es superior a tres veces el límite superior del rango considerado normal. Se debe informar al paciente de que en caso de que aparezcan signos o síntomas sugestivos de lesión hepática, acuda a la consulta. La tolerancia y eficacia de Glucobay® en pacientes menores de 18 años no ha sido establecida. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Durante el tratamiento con Glucobay®, la sacarosa (azúcar de mesa) así como los alimentos que contienen sacarosa, a menudo originan molestias abdominales o incluso diarrea como resultado del aumento de la fermentación de carbohidratos en el colon. Glucobay® posee un efecto antihiper glucémico pero, por sí solo, no origina hipoglucemia. En pacientes tratados simultáneamente con Glucobay® y sulfonilurea, metformina o insulina, los valores de la glucemia pueden descender hasta hipoglucemia, por lo que puede ser necesario un ajuste de la dosis de estos medicamentos. Se han notificado casos aislados de choque hipoglucémico. En caso de hipoglucemia aguda se deberá tener en cuenta que la metabolización de la sacarosa en fructosa y glucosa es más lenta durante el tratamiento; por este motivo, la sacarosa no es adecuada para el alivio rápido de una hipoglucemia y en su lugar se deberá utilizar glucosa. En casos aislados, la acarbosa puede afectar a la biodisponibilidad de la digoxina, haciendo necesario un ajuste de la dosis de digoxina. Se debe evitar la administración simultánea de antiácidos, colestiramina, adsorbentes intestinales y medicamentos con enzimas digestivos, puesto que existe la posibilidad de que influyan sobre la acción de Glucobay®. No se observó interacción alguna con la administración conjunta de dimeticona/ simeticona. **4.6 Embarazo y lactancia:** Glucobay® no debe administrarse durante el embarazo puesto que no se dispone de información procedente de estudios clínicos sobre su uso en mujeres embarazadas. Tras la administración de acarbosa marcada radioactivamente a ratas lactantes, se recuperó una pequeña cantidad de radioactividad en la leche. Hasta el momento no se dispone de hallazgos equivalentes en humanos. No obstante, dado que no se ha excluido la posibilidad de efectos inducidos por el fármaco en lactantes, no se recomienda la prescripción de Glucobay® durante la lactancia materna. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se dispone de datos sobre la alteración de la capacidad de conducir vehículos o manejar maquinaria con Glucobay®. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas con acarbosa halladas en los ensayos clínicos controlados con placebo y clasificadas según las categorías de frecuencia CIOMS III (estudios controlados con placebo en la base de datos de ensayos clínicos: acarbosa N = 8595; placebo N = 7278; status: 10 de febrero de 2006) se enumeran a continuación. Las reacciones adversas provenientes de notificaciones posteriores a la comercialización (status: 31 de diciembre de 2005) aparecen en negrita cursiva. Reacciones adversas muy frecuentes (>10%): flatulencia. Reacciones adversas frecuentes (1% a <10%): diarrea, dolores gastrointestinales y abdominales. Reacciones adversas poco frecuentes (0,1% a <1%): náuseas, vómitos, dispepsia, aumento pasajero de las enzimas hepáticas. Reacciones adversas raras (0,01% a <0,1%): edema, ictericia. Reacciones adversas muy raras (<0,01%): **trombocitopenia, reacción alérgica (erupción, eritema, exantema, urticaria), subileo/ ileo, hepatitis**. En Japón, se han notificado casos aislados de hepatitis fulminante cuyo desenlace ha sido fatal. No están claramente relacionados con la acarbosa. La falta de observación de la dieta prescrita puede dar lugar a una intensificación de los efectos adversos intestinales. En caso de que aparezcan a pesar de observar la dieta diabética prescrita, se deberá consultar al médico y reducir la dosis de forma transitoria o permanente. En pacientes tratados con la dosis diaria recomendada de 150 a 300 mg de acarbosa al día, raramente se observaron alteraciones clínicamente importantes de los parámetros de la función hepática (3 veces por encima de la normalidad). Los valores anómalos pueden ser transitorios durante el tratamiento con acarbosa (ver apartado 4.4: Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.9 Sobredosis:** Cuando Glucobay® se ingiere conjuntamente con bebidas y/o comidas que contienen carbohidratos (polisacáridos, oligosacáridos o disacáridos), la sobredosificación puede dar lugar a meteorismo, flatulencia y diarrea. Sin embargo, en el caso de que Glucobay® haya sido ingerido en sobredosis de forma separada de la comida, no son de esperar excesivos síntomas intestinales. En caso de sobredosificación se evitará la ingesta de bebidas o comidas que contengan carbohidratos durante las 4-6 h siguientes. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1 Lista de excipientes:** Almidón de maíz, celulosa microcristalina, sílice coloidal anhidra, estearato de magnesio. Incompatibilidades: No se han descrito. **5.2 Período de validez:** En condiciones normales de almacenamiento, Glucobay® 50, comprimidos y Glucobay® 100, comprimidos son estables durante tres años. **5.3 Precauciones especiales de conservación:** Conservar en el envase original por debajo de 30°C. A temperaturas hasta 25°C y humedad relativa inferior al 60%, los comprimidos pueden permanecer fuera de su envase original durante un periodo no superior a dos semanas. En condiciones de humedad y temperatura superiores puede producirse una decoloración de los comprimidos fuera de su envase original. Por ello, los comprimidos solo deberán extraerse del blister inmediatamente antes de su administración. **5.4 Naturaleza y contenido del envase:** Glucobay® 50, comprimidos y Glucobay® 100, comprimidos se envasan en blisters de PVC-PVDC/aluminio o en blisters de PP/aluminio y se comercializan en envases de 30 y 100 comprimidos. Glucobay® 50, comprimidos: envase con 30 comprimidos de 50 mg. P.V.P. (IVA) 5,71€; envase con 100 comprimidos de 50 mg P.V.P. (IVA) 16,86€. Glucobay® 100, comprimidos: envase con 30 comprimidos de 100 mg P.V.P. (IVA) 7,79€; envase con 100 comprimidos de 100 mg P.V.P. (IVA) 22,34€. **6. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Receta TLD. Reembolsable por la Seguridad Social con aportación reducida. **6.1 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Ninguna especial. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Av. Baix Llobregat, 3 - 5. 08970 Sant Joan Despí - Barcelona. **8. NÚMEROS DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Glucobay® 50, comprimidos - N° de Registro: 59.419. Glucobay® 100, comprimidos - N° de Registro: 59.420. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Septiembre 2007 - versión 1.2. **Para mayor información consulte la ficha técnica completa.**

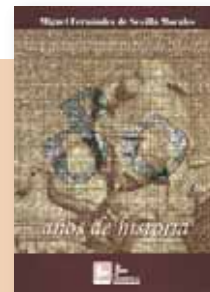
**Bibliografía:** (1) Mertes G. et al. Diabetes Res Clin Pract. 2001; 52: 193-204. (2) Chiasson, J-L. et al. JAMA 2003;290: 486-494. (3) Hanefeld, M. et al. Eur H J. 2004; 25:10-16.

# Cultura

## LIBROS

### 80 años de la Ciudad Universitaria de Madrid

**E**n 1927 inicia Miguel Fernández de Sevilla, colaborador de MEDICAL ECONOMICS, su documentado libro *La Ciudad Universitaria de Madrid, 80 años de historia*, en el que traza, con profusión de testimonios gráficos, muchos de ellos inéditos, la trayectoria y vicisitudes de todo tipo por las que atravesó el espacio que hoy ocupa la Universidad Complutense madrileña, cuyo rector, Carlos Berzosa, prologa el opúsculo. Una historia en la que ocupa un lugar destacado el Hospital Clínico San Carlos y que comenzó, en el reinado de Alfonso XIII, gracias al catedrático de Medicina Interna Antonio Simonena Zabalegui (1861-1941) y al decano de la Facultad de Farmacia José Casares Gil (1866-1961), entre otros, que viajaron a Estados Unidos y Canadá y trasladaron a Madrid el modelo de campus universitario que existía en esos países. El libro consta de 15 capítulos en los que el autor desmenuza y analiza las diferentes normas que han ido configurando, hasta la actualidad, la Ciudad Universitaria de Madrid.



**Título:** *La Ciudad Universitaria de Madrid, 80 años de historia.*  
**Autor:** Miguel Fernández de Sevilla  
**Edita:** Edisofer S.L.

## EXPOSICIONES

### La escuela africana

**E**l Museo Nacional de Antropología acoge una exposición del fotógrafo Luis López 'Gabú', que plasma en sus instantáneas la forma de vida en las escuelas coránicas del continente africano. Son fotografías que destacan por su fuerza visual, fuertes luces y sombras. La educación en África es el tema central sobre el que gira la exposición. La muestra está organizada por la Subdirección General de Promoción de las Bellas

Artes, y comisariada por Francisco de Santos. La muestra se puede visitar hasta el próximo 1 de marzo de 2009 en el Museo Nacional de Antropología (C/ Alfonso, XII, 68. Madrid).



### De Botticelli a Luca Giordano

**S**e presenta por primera vez en Barcelona una extraordinaria colección de arte italiano que pertenece a los fondos de la Galería de los Uffizi, en Florencia: 45 obras maestras creadas entre los siglos XV y XVII, en las que destacan pinturas de Botticelli, Luca Signorelli, Parmigianino, Luca Giordano y Cristofano Allori, entre otras. Se trata de piezas de gran calidad que no suelen exhibirse y que se han recuperado especialmente para esta muestra, que se puede visitar hasta el 8 de febrero en el CaixaForum de Barcelona (C/ Teodor Roviralta 47-51).



## ESPECTÁCULOS

### Vuelve el Circo del Sol

**V**uelve la espectacularidad del Circo del Sol (*Cirque du Soleil*), que llega una vez más a Madrid, parada fija en sus giras europeas, para presentar un nuevo espectáculo, titulado "Varekai". La compañía canadiense lleva recorriendo el mundo más de 20 años.

Su espectáculo está formado por malabaristas que son auténticos atletas y equilibristas que se mueven con la agilidad de perfectas bailarinas clásicas.

Entre sus múltiples números se combinan los trapecios, las danzas con fuego, las acrobacias de trampolín e incluso hombres que parecen volar ingravidos entre barras y anillas. El espectáculo se puede visitar en la Casa de Campo hasta el 4 de enero. Posteriormente, visitará otras ciudades españolas como Sevilla y Bilbao. Más información en [www.cirquedusoleil.com](http://www.cirquedusoleil.com).



# Internet

## Empresas y administraciones cortejan a las pymes

Sección patrocinada por  
 Web de @  
**MUJER**

Más de 24.000 empresas catalogadas como pymes se beneficiaron del programa NEW (ninguna empresa sin *web*), impulsado el pasado año por la entidad del Ministerio de Industria, Red.es. En el presente ejercicio, el proyecto NEW mejorado —que se integra en el programa “Empresas en Red”—, ofrecerá una tienda virtual en la *web*, diseño más sofisticado y gestión de publicidad.

El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio completará sus ayudas a las pymes con el programa “Empresas en Red”, destinado a incrementar la productividad de las pequeñas y medianas empresas, reducir sus costes e impulsar el desarrollo sostenible de sus negocios.

Además de la iniciativa NEW, el organismo Red.es ha puesto en marcha programas sectoriales en colaboración con las comunidades autónomas y los fondos Feder de la UE, junto a una experiencia piloto en Aragón con el fin de ofrecer banda ancha a las pymes aragonesas.



Miguel Sebastián completará sus ayudas a las pymes con el programa “Empresas en Red”.

También corteja a las pymes Cristina Garmendia, ministra de Ciencia e Innovación, destinando parte de su presupuesto para 2009 a una nueva línea de financiación de aquellas pymes que proyecten programas de innovación tecnológica, a las que se ofrecerán ayudas parcialmente reembolsables a tipo e interés cero.

De forma paralela, las pymes están siendo objetivo estratégico de las empresas de *outsourcing* de Tecnologías de la Información (TI), que han seguido la estela de servicios de éxito como “Respuesta Empresarios” de Telefónica, con el que la operadora líder española ha logrado 1.350.000 nuevos clientes.

Según AETIC, la patronal del sector, las empresas españolas con ventas superiores a 500 millones de euros son perfectamente homologables con sus competidoras europeas, pero sólo el 18 por ciento de las pymes utilizan estos servicios. ■

### El G-20 está de moda

Un amigo mío dice que el G-4 es él, su mujer y sus dos hijos, es decir, la familia González—

García. ¿Pero quién es y para qué sirve el G-20?

<http://www.g20.org/G20/>



### Desde Chile con salud

Esta *web* del país chileno, es tomada como la primera referencia en materia de prevención de todo tipo de pandemias. La iniciativa parte del Gobierno chileno y en la página se explican los medios necesarios para prevenir contagios.

<http://www.pandemia.cl/>



## CIBERCONSEJOS

### iPhone para el que quiera

Apple ha intentado por todos los medios que Telefónica comercialice en exclusiva iPhone 3G, pero en los últimos meses ha surgido un mercado negro que los vende precintados, con garantía europea y libres de origen. Así, el usuario puede utilizarlo con el operador que quiera sin cambiar el *software*. Por otro lado, en la *web*, se pueden encontrar páginas en las que piden firmas para pedir el libre comercio de iPhone.

### El 'pendrive' perdido

Los extravíos de información confidencial hallada en una memoria extraíble, incluye nombres de usuario y contraseñas de un sistema informático del Gobierno británico, que permitía el acceso a datos de 12 millones de personas. Dicho descuido se produjo en un viaje desde Londres a Mcclesfield el 4 de octubre. Gordon Brown también ha señalado que fue un “comportamiento inaceptable”.



# Golf

Mallorca Golf Islands Skins

## Canónica se impuso en Pula

José María Olazábal volvió a jugar a un gran nivel.

**P**ula Golf reunió a José María Olazábal y Emanuele Canónica para enfrentarse bajo la modalidad *Skins Game*, en la que cada hoyo tiene un premio económico, que en caso de empate se suma al siguiente hasta que un jugador lo gana; la emoción se mantuvo durante los 18 hoyos en los que los cuatro jugadores dieron una verdadera exhibición de golf ante el numeroso público asistente.

El primer ganador de la jornada fue Olazábal, al hacer *birdie* en el hoyo 1, que tenía un valor de 6.000 euros; en el hoyo 2 (par 3) se produjo el primer empate al cumplir todos el par, en el 3 Justin Rose hizo un *birdie* para adjudicarse el acumulado de los hoyos 2 y 3, en el 4 empataron con *birdie* Canónica y Kaymer, en el 5 fueron Rose y Kaymer quienes lograron un *birdie*, en el 6 Rose y Canónica empataron con un acierto, en el 7 nuevo *birdie* de Olazábal y Canónica, en el 8 los cuatro hicieron par, y en el 9 Canónica se adjudicó el montante acumulado desde el hoyo 4 al ser el único jugador que logró salvar el par.

Olazábal inauguró la segunda vuelta al ganar el hoyo 10 con *birdie*, en el 11 empató

con Rose, y el acumulado de éste y el 12 se lo llevó Canónica con otro *birdie*, en el 13 fueron Kaymer y Canónica los que empataron con *birdie*, y el montante acumulado para el 14 se lo adjudicó Olazábal, en el 15 empataron tres jugadores con el par, el 16 lo igualaron Kaymer y Canónica y éste se llevó lo acumulado en el hoyo 17. En el último hoyo de la competición, una vez más, fue el italiano Emanuele Canónica el que se impuso frente a sus compañeros para llevarse el mayor premio del Mallorca Golf Island Skins Game, con un total de 228.000 euros

Canónica agradeció a todos el éxito del torneo: "Muchísimas gracias a los patrocinadores y a los que nos han acompañado. He jugado de maravilla, hacía tiempo que no pateaba tan bien, he ganado ante tres jugadores buenísimos, que han hecho muy buenos *birdies*. Ha sido un día fantástico de golf, el campo está en muy buenas condiciones y cada año que vengo lo encuentro mejor". ■




Emanuele Canónica (a la izquierda) recibiendo su cheque de ganador.

## Sergio García ganó en Castellón

**L**a emoción del Castelló Masters se mantuvo hasta el último momento. Sergio García comenzaba la jornada con cuatro golpes de ventaja, que amplió con *birdie* en el primer hoyo, y mantuvo el dominio hasta el seis donde cometió un error. Mientras tanto, el sueco Peter Hedblom encadenaba cuatro aciertos en los primeros hoyos para darle alcance e igualar al de Borriol, pero un decisivo *birdie* de Sergio en el hoyo 7 y otro a continuación le dieron de nuevo el mando del torneo hasta el final, para terminar con 67 golpes y un total de 20 por debajo del par. Esta es la segunda victoria del año para Sergio García, que se impuso en Estados Unidos en The Players Championship, considerado por muchos como el sexto Grande. Con éste suma siete títulos en el Circuito Europeo, donde no lograba ganar desde 2005 (Omega European Masters); es su tercera victoria en nuestro país, la primera el Open de España de 2002 seguida del Mallorca Classic en 2004; se trata de la séptima victoria lograda por profesionales españoles en esta temporada en el Tour Europeo y, en total, es la 18ª victoria internacional de Sergio García, con la que ha escalado hasta el tercer puesto del *ranking* mundial.

## CLASIFICADOS

### INVESTIGACIÓN



**Nufarm 21**  
Inés Perceles  
Carretera de Húmera 87, 11-3A  
28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid  
Tel: +34 917 140 313  
Fax: 900 140 391  
Fax Internacional: +34 917 140 391  
Email: info@nufarm21.es

Empresa dedicada a:

- Diseños en Investigación Clínica
- Estadística convencional y multivariable. Encuestas
- Comunicación de Resultados
- Farmacovigilancia mediante XML, MedDra y ATC
- Bases de datos

Nufarm 21 fue fundada en 1994 y es subscriptora de MedDra desde la versión 5.0 (año 2002)

**Nufarm 21**  
Empresa de Investigación Concertada

### MULTIMEDIA



**PRODRUG**  
MULTIMEDIA, S.L.

Antonio López, 249 (4º)  
28041 Madrid  
Tel.: 91 500 20 77  
prodrug@drugfarma.com

- Soluciones multimedia y desarrollo web
- Formación on line
- CD/DVD interactivo
- Software personalizado
- Producción audiovisual
- Hosting y registro de dominios

### PREMIOS

#### Novartis convoca el I Premio a las mejores tesis doctorales sobre Medicina de Familia y Atención Primaria

Convocado por las cátedras de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid y Universidad de Zaragoza. Para la participación en el concurso es necesario que los trabajos de investigación hayan sido defendidos como tesis doctorales y aprobados durante el curso académico 2007-08, en concreto en el período comprendido entre el 1 de octubre de 2007 y 30 de septiembre de 2008 y que hayan sido presentados en cualquier universidad española. Se otorgarán dos premios; un primer premio de 4.000 euros y un segundo premio de 2.000 euros para los dos mejores trabajos. La documentación a presentar será el *curriculum vitae* actualizado del autor, un resumen electrónico de 20 páginas del trabajo presentado y un ejemplar de la tesis que se ha defendido. La fecha límite para ser aceptados será el 31 de diciembre 2008. La decisión final del jurado sobre los trabajos será definitiva e inapelable y se hará pública antes del 31 de marzo de 2009.

### INMOBILIARIAS

Se alquilan consultas médicas espaciosas. Clínica Romen con excelentes precios y servicios, entrada junto a Clínica La Luz.

C/General Dávila, 7.  
Tfno: 91 553 15 31

Se alquilan despachos en Centro Médico. C/Goya-Alcalá.

- Excelente estado y situación.
- Autorización CAM.
- Precios promoción.
- Parking.
- Tfno: 636356030.

Personas interesadas preguntar por Laura.

#### Consultorio de cirugía Estética

Alquila despachos para otras especialidades. Servicio de Recepción y Centralita incluido. c/ Alonso Cano - Madrid -  
Tel.: 639 825 729

¡Excelente Imagen!

#### Se vende piso en Urbanización Siglo XXI junto al Hospital 12 de Octubre (Madrid).

- ◆ Urbanización cerrada con vigilancia 24 horas, piscina y pista de paddel.
- ◆ Tiene 105 m<sup>2</sup> (dos dormitorios, dos cuartos de baño y trastero.
- ◆ Metro Almendrales a 50 metros.
- ◆ Plaza de garaje.
- ◆ Precio 380.000 euros.
- ◆ Teléfono: 600.42.89.85

#### Alquilo despachos en Clínica Médica situada en Madrid en la calle Almagro.

- Excelentes dimensiones y decoración.
- Parking en la puerta.
- Tfno.: 667 62 26 60

#### CENTRO MÉDICO MENASA

- Alquiler de despachos
- Horas, días, meses.
- Todos los servicios.
- C/Viriato.
- Tfno: 680701185

Alquilo consultas en la Calle Goya (Madrid). Excelente ubicación, instalaciones y servicios.  
Tfno.: 91 4314863 ó 609227205.

**DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO:** Adalat® OROS 30, comprimidos. Adalat® OROS 60, comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Adalat® OROS 30: Nifedipino 30 mg. Adalat® OROS 60: Nifedipino 60 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** El comprimido OROS consiste en un sistema de liberación prolongada durante 24 horas, que actúa como una bomba osmótica liberando el nifedipino a través de un orificio practicado al comprimido por tecnología láser. Una vez difundido todo el principio activo, el comprimido OROS, indeformable, se excreta íntegramente por las heces. **DATOS CLÍNICOS:**

**Indicaciones terapéuticas:** - Angina de pecho crónica estable (angina de esfuerzo) en tratamiento combinado. - Tratamiento de la hipertensión arterial. **Posología y forma de administración:** El tratamiento se realizará de forma individual según la gravedad de la enfermedad y la respuesta del paciente. La dosis terapéutica debe ser establecida de forma gradual. **Angina de pecho crónica estable:** El tratamiento deberá realizarse en combinación con otros antianginosos. La dosis de inicio es de 30 mg al día, aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los pacientes que hayan estado correctamente controlados con formas de liberación rápida pueden también ser tratados con comprimidos retardados. **Hipertensión arterial:** En general, el tratamiento se iniciará con 30 mg al día aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los comprimidos deben tragarse enteros y sin masticar con ayuda de un poco de líquido, independientemente de las comidas. La ingesta simultánea de alimentos retrasa, pero no reduce, la absorción. Los comprimidos OROS no deben partirse ya que perderían su propiedad de liberación sostenida. En caso de precisar suspender el tratamiento, se recomienda disminuir la dosificación de forma gradual. **Contraindicaciones:** Antecedentes de hipersensibilidad al nifedipino y shock cardiovascular. No se utilizará en el embarazo y la lactancia. No se administrará concomitantemente con rifampicina ya que la inducción enzimática de la misma reduce los niveles plasmáticos de nifedipino. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe administrarse con precaución en los casos de hipotensión marcada (hipotensión severa con una presión sistólica <90 mmHg), insuficiencia cardíaca manifiesta y estenosis aórtica severa. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes o clínica de estenosis gastrointestinal, al igual que con cualquier otro material no deformable (ver instrucciones de uso y manipulación). En casos aislados se han descrito síntomas obstructivos sin historias previas de trastornos gastrointestinales. En pacientes sometidos a diálisis, con hipertensión maligna e insuficiencia renal irreversible, así como en pacientes con hipovolemia, deben tomarse precauciones ya que puede originarse una hipotensión debida a vasodilatación. Se recomienda un especial control en pacientes con la función ventricular deprimida y en los que es necesario asociar betabloqueadores o digoxina, dado que en estas situaciones es mayor el riesgo de insuficiencia cardíaca. Los pacientes con función hepática alterada deberán ser vigilados estrechamente, pudiendo ser necesaria una reducción de la dosis. El uso del nifedipino en pacientes diabéticos puede requerir el ajuste de la medicación hipoglucemiante. No debe ser utilizado en pacientes con bolsa de Kock (ileostomía después de proctocolectomía). Al realizarse exámenes radiológicos de contraste con bario, puede provocar falsos positivos (por ej. defectos de llenado interpretados como pólipos). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El efecto hipotensor del nifedipino puede ser potenciado por la acción de otros medicamentos antihipertensivos. En caso de administración simultánea de nifedipino y betabloqueadores, debe vigilarse atentamente la situación del paciente, ya que pueden producirse casos de hipotensión grave. Asimismo, en casos aislados se ha observado empeoramiento de una insuficiencia cardíaca previa. Nifedipino se metaboliza a través del sistema del citocromo P450 3A4, localizado tanto en la mucosa intestinal como en el hígado. Por ello, los fármacos que influyen en este sistema enzimático, pueden alterar el metabolismo (tras la administración oral) o bien el aclaramiento de nifedipino. En estudios realizados se ha demostrado que la administración concomitante de fármacos inductores o inhibidores del citocromo P450 3A4, modifican -reduciendo o aumentando- la biodisponibilidad del nifedipino. Por lo tanto, se deberá controlar la respuesta clínica y en consecuencia ajustar la dosis del mismo. Como con otras dihidropiridinas, el zumo de pomelo puede ocasionar una inhibición duradera del metabolismo del nifedipino, ocasionando un aumento de las concentraciones plasmáticas y una potenciación de los efectos farmacológicos. Los pacientes tratados con Adalat® OROS no deberían tomar zumo de pomelo. **Interacciones potenciales:** Sustancias que inhiben el sistema del citocromo P450 3A4, por lo que en caso de administrarse simultáneamente cabe esperar una reducción del nivel plasmático de nifedipino. **Otras interacciones:** La administración simultánea de cisaprida y nifedipino puede producir un aumento de la concentración plasmática de nifedipino. Si se administran conjuntamente, deberá controlarse la tensión arterial y en caso de necesidad, considerar una reducción de la dosis de nifedipino. Efectos de nifedipino sobre el metabolismo de otros fármacos. La administración simultánea de nifedipino y digoxina puede producir una disminución de la eliminación de la digoxina y, en consecuencia, un incremento de los niveles plasmáticos de ésta. En estos casos, se debe considerar el diagnóstico de intoxicación digitalica y, en caso de necesidad, ajustar la dosis de digoxina en función de los niveles plasmáticos observados. En casos de administración simultánea de nifedipino y quinidina se ha observado una disminución de los niveles plasmáticos de quinidina, que aumentan notablemente tras la supresión del tratamiento con nifedipino. Por este motivo, tanto si se añade como si se retira un tratamiento con nifedipino a un paciente previamente tratado con quinidina deben monitorizarse los niveles plasmáticos de esta última y, en caso necesario, ajustar la dosis de este fármaco. **Otras formas de interacción:** El nifedipino puede alterar falsamente la determinación espectrofotométrica de ácido vanililmandélico en orina; sin embargo, no influye en su determinación mediante HPLC. **Embarazo y lactancia:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. El nifedipino está contraindicado durante todo el embarazo. En ratas y conejos se ha observado que el nifedipino puede producir efectos teratogénicos incluyendo malformaciones digitales. Estas malformaciones digitales posiblemente sean el resultado de alteraciones del flujo sanguíneo uterino. La administración de nifedipino se asoció con diversos efectos embriotóxicos, placentotóxicos y fetotóxicos, incluyendo fetos atroficos (ratas, ratones, conejos), placentas pequeñas y falta de desarrollo de las vellosidades coriónicas (monos), muertes embrionarias y fetales (ratas, ratones, conejos) y prolongación de la gestación/disminución de la supervivencia neonatal (ratas, no evaluado en otras especies). Todas las dosis asociadas con la aparición de defectos teratogénicos, embriotóxicos y fetotóxicos en animales eran tóxicas para la madre y varias veces superiores a las recomendadas como dosis máximas en humanos. **Fertilidad:** En casos aislados de fertilización in vitro, se ha asociado a los calcioantagonistas como el nifedipino con cambios bioquímicos reversibles en la cabeza de los espermatozoides que pueden llegar a producir una alteración de la función espermática. En hombres en los que existen antecedentes de fracaso repetidos de paternidad mediante fertilización in vitro y en los que no pueda encontrarse otra explicación, los calcioantagonistas como el nifedipino deben ser considerados como una razón posible. **Lactancia:** El nifedipino se excreta con la leche materna. Como no existe experiencia de sus posibles efectos en los niños lactantes, como primera medida deberá interrumpirse la lactancia materna, si es preciso el tratamiento con nifedipino durante la misma. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** El nifedipino puede limitar la capacidad de reacción. Especialmente al inicio del tratamiento, debe tenerse precaución al conducir automóviles u otros vehículos o en el manejo de máquinas peligrosas. El riesgo se acentúa si se ingieren simultáneamente bebidas alcohólicas. **Reacciones adversas: Incidencia entre 1% y 10%:** Generales: astenia (cansancio), edema, cefalea. Sistema cardiovascular: edema periférico, vasodilatación, palpitación. Sistema digestivo: estreñimiento. Sistema nervioso: mareo. **Incidencia entre 0,1% y <1%:** Generales: dolor abdominal, torácico y en extremidades, malestar. Sistema cardiovascular: hipotensión, hipotensión ortostática, síncope, taquicardia. Sistema digestivo: diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, náusea. Sistema músculo-esquelético: migraña. Sistema nervioso: insomnio, nerviosismo, parestesia, somnolencia, vértigo. Sistema respiratorio: disnea. Piel y anejos: prurito, exantema, eritema. Sistema urogenital: aumento de la frecuencia urinaria. **Incidencia entre 0,01% y <0,1%:** Generales: reacción alérgica, dolor retrosternal, escalofríos, edema facial, fiebre. Sistema cardiovascular: angina de pecho (excepto angina inestable), alteraciones cardiovasculares. Sistema digestivo: anorexia, eructos, molestias gastrointestinales, hiperplasia gingival, aumento de GGT, alteraciones de las pruebas de función hepática, vómitos. Sistema músculo-esquelético: dolor y trastornos articulares, migraña. Sistema nervioso: hiperestesia, trastornos del sueño, temblor. Sistema respiratorio: epistaxis. Piel y anejos: angioedema, eritema maculopopular, pustular o vesiculobulboso, sudoración, urticaria, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión anormal, molestias oculares, dolor ocular. Sistema urogenital: disuria, poliuria. **Incidencia <0,01%:** Generales: reacción anafiláctica. Sistema digestivo: bozorro, disfagia, esofagitis, alteraciones gingivales, obstrucción intestinal, úlcera intestinal, ictericia, aumento de SGPT. Sistema sanguíneo y linfático: leucopenia, púrpura. Alteraciones metabólicas y nutricionales: hiperglicemia, pérdida de peso. Sistema músculo-esquelético: calambres musculares. Piel y anejos: dermatitis exfoliativa, ginecomastia, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión borrosa. En pacientes bajo diálisis con hipertensión maligna e hipovolemia puede producirse un notable descenso de la presión sanguínea debido a la vasodilatación. **Sobredosis:** Síntomas: Se han observado los siguientes síntomas en caso de intoxicación por sobredosisificación con nifedipino: alteraciones de la consciencia hasta el coma, hipotensión súbita, bradicardia o taquicardia y alteración del ritmo cardíaco, hiperglicemia, acidosis metabólica, hipoxia, colapso cardíaco con edema pulmonar. Tratamiento de la sobredosis: La eliminación de la sustancia activa y la restauración de las condiciones cardiovasculares estables tienen prioridad. Se aconseja lavado gástrico con irrigación del intestino delgado, para prevenir la absorción subsiguiente del principio activo. La hemodiálisis no resulta de utilidad puesto que el nifedipino no es dializable, aunque la plasmaféresis es aconsejable (unión elevada a proteínas plasmáticas, volumen de distribución relativamente bajo). Las alteraciones del ritmo cardíaco (bradicardia) deben ser tratadas sintomáticamente con beta-simpatomiméticos, y en casos de alteraciones muy graves del ritmo cardíaco puede ser aconsejable una terapia con marcapasos de forma temporal. La hipotensión, consecuencia del shock cardiogénico y de la vasodilatación arterial, puede ser tratada con calcio (10-20 ml de una solución de gluconato cálcico al 10%, administrada lentamente por vía i.v., que puede repetirse si es necesario). Como resultado, los niveles séricos de calcio pueden alcanzar valores iguales o ligeramente superiores al límite máximo normal. Si se consigue un aumento insuficiente de la presión arterial con calcio e isoprenalina, se administrarán adicionalmente simpaticomiméticos vasoconstrictores como la dopamina o la noradrenalina. La dosis de dichos fármacos se determina sólo por el efecto obtenido. Deberán administrarse líquidos adicionales para restaurar el volumen, pero con precaución, debido al peligro de sobrecarga cardíaca. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: Propiedades farmacodinámicas:** El nifedipino es un calcioantagonista del grupo de las dihidropiridinas que inhibe el flujo de iones calcio al tejido miocárdico y al tejido muscular liso de las arterias coronarias y de los vasos periféricos. De ello resultan los siguientes efectos farmacológicos y terapéuticos: El nifedipino dilata las arterias coronarias mejorando el suministro de oxígeno al miocardio al aumentar el flujo sanguíneo coronario. Al mismo tiempo, reduce las necesidades de oxígeno del miocardio por disminución de la postcarga. Con el empleo continuado de nifedipino puede prevenirse el desarrollo de nuevas lesiones ateroscleróticas. El nifedipino dilata los vasos arteriales periféricos, reduciendo la resistencia periférica y disminuyendo la presión arterial elevada. El nifedipino previene y revierte el vasoespasmo digital. En un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego (INSIGHT) que incluyó 6.321 pacientes hipertensos con, al menos, un factor de riesgo adicional y de 3 a 4,8 años de duración, Adalat® OROS (Nifedipino de liberación sostenida) redujo de forma comparable a la de una combinación de diuréticos estándar (hidroclorotiazida 25/50 mg + amilorida 2,5/5 mg) la suma de mortalidad cerebro o cardiovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus o hemorragia subaracnoidea. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Óxido de polietileno, hipromelosa, estearato de magnesio, cloruro de sodio, óxido de hierro rojo, acetato de celulosa, macrogol, Opadry [hidroxipropilcelulosa, propilenglicol, dióxido de titanio (E-171) y óxido de hierro negro (E-172)]. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Plazo de validez:** 4 años. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar el producto en el envase original para preservarlo de la luz y la humedad. **Naturaleza y contenido del envase:** Blister de aluminio / PP - envases con 28 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** El nifedipino es fotosensible. Por ello, los comprimidos están recubiertos por una capa protectora de la luz y de la humedad dentro y fuera del envase. Sin embargo, los comprimidos sólo deben extraerse de su envase inmediatamente antes de su uso. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUIMICA FARMACEUTICA BAYER, S.L. Av. Baix Llobregat, 3-5 - 08970 St. Joan Despí, Barcelona. Concesionaria en España de: Bayer Leverkusen, Alemania. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** ADALAT OROS® 30 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 15,69€. ADALAT OROS® 60 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 23,18€.

**FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Junio 2004.



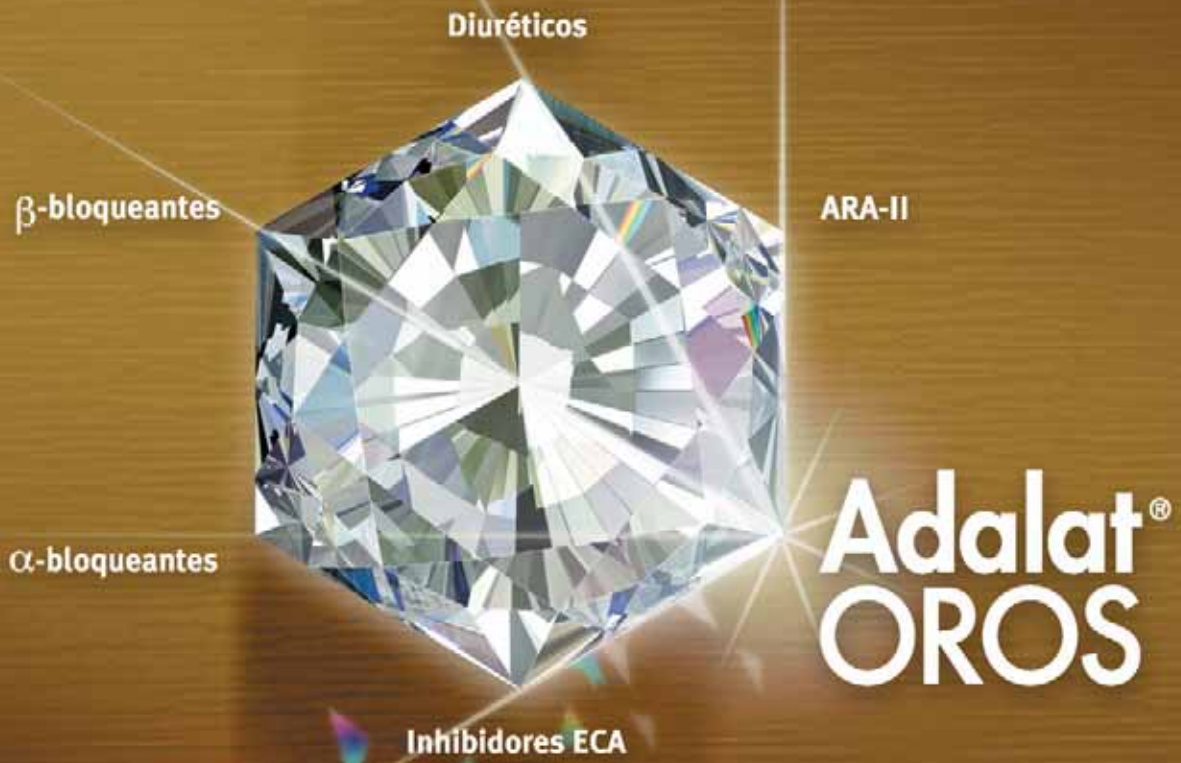
La galénica OROS ofrece control de la presión arterial durante 24 horas con menos efectos secundarios



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer S.L.  
Av. Baix Llobregat 3-5 - 08970  
St. Joan Despí, Barcelona  
[www.bayerscheringpharma.es](http://www.bayerscheringpharma.es)

 **Adalat<sup>®</sup> OROS**  
Nifedipino GITS



**En combinación, Adalat<sup>®</sup> OROS  
es el diamante de la HTA**



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma