

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 118

9 de octubre de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

¿Cómo pueden detectar una depresión los médicos de Primaria?

Pág. 28

ADEMÁS



Club Médico Informativo

(págs. centrales)

SPA
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



DKV también cuida de mí

Los proveedores sanitarios de DKV Seguros destacan el compromiso adquirido con ellos y la satisfacción de trabajar con la compañía líder en seguros de salud. Por eso ya son 36.884 profesionales médicos y 295 centros sanitarios los que confían en DKV.

GRACIAS A TODOS

902 499 350
www.dkvseguros.com

¡Vive la Salud!

Ver ficha técnica en pág. 22)

Oleada de **POTENCIA**

NUEVO

DAFIRO es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**^{1,2,3} **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**^{1,2,3} En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



DAFIRO

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



- EXCELENTE EXTENSIBILIDAD
- EXCELENTE ABSORCIÓN
- OLOR NEUTRO
- NO DEJAN RESIDUOS ACEITOSOS

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT

Compromiso de Novartis con España

Comprometidos

Innovación; Cuidamos y Curamos;
Apuesta por el talento;
Responsabilidad y gestión ética



Innovación

El equipo médico de investigación y desarrollo de Novartis Farmacéutica en España cuenta con unos 120 profesionales, colabora con más de 2.000 investigadores externos y ha realizado 167 ensayos clínicos en 2008.

Fomentamos la intervención en proyectos de investigación translacional.

Exportamos medicamentos a 121 países en base a los más altos estándares de innovación tecnológica.

Cuidamos y Curamos

Defendemos el derecho a la salud y cooperamos con profesionales sanitarios, Instituciones, Universidades y la Administración para investigar, tratar y prevenir las enfermedades y aportar soluciones innovadoras para mejorar la salud.

Las personas y su cuidado son nuestra razón de ser.

Apuesta por el talento

En Novartis sabemos que nuestro éxito depende de la creatividad, dedicación y desarrollo de las personas que conforman la organización.

Estamos comprometidos en facilitar oportunidades de crecimiento, así como en proporcionar un entorno de mejora continua.

Queremos ser reconocidos por ofrecer el mejor lugar para trabajar y las mejores oportunidades de carrera profesional.

Identificar y desarrollar el talento es una prioridad clave para Novartis.

Responsabilidad y gestión ética

En Novartis llevamos a cabo nuestra gestión de forma responsable, nos comprometemos con los pacientes, nuestros empleados y comunidades, en la protección del medio ambiente, y con la mejora del acceso a medicamentos en entornos desfavorecidos.

Fomentamos las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como la formación continuada para los profesionales sanitarios.

Innovación responsable para ti

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

Laura Piperno

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	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €

Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

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

8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

14 Gestión Profesional

La antropología de los pacientes

16 Gestión de Calidad. Medio Ambiente

Necesidad y responsabilidad social

18 Impuestos

20 Informática

La mejora de indicadores de calidad asistencial

38 Gestión en Atención Primaria

40 Economía de la Salud

Recursos de evaluación económica

Y ADEMÁS...

5 Carta del editor

42 Lo mejor de lo publicado

45 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que está bien atendida la depresión desde Primaria?

Participe a través de nuestra web:
www.medeco.es

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medeco.es en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

CURSOS ON LINE

• Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: www.medeco.es

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: www.medeco.es



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 2009 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 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal
Consejero Delegado del Grupo HM
Hospitales

Margarita Alfonso Jaén
Secretaría 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

Mariano Avilés Muñoz
Farmaceuta Abogados y Presidente
de la Asoc. Española de Derecho Farmacéutico

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano
Catedrático de Oftalmología.
Fac. de Medicina. Univ. de Salamanca

Carlos Belmonte Martínez
Director de 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

Miguel Carrero López
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López
Consejero Delegado de Xanit H.C.M

Ana Céspedes Montoya
Directora de Comunicación y Asuntos
Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García
Presidente de Idepro

José Cortina Orriós
Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane
Presidente del Instituto Roche

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

Joaquín Estévez Lucas
Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de la Salud

José Fernández-Vigo López
Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau
Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Francisco Vicente Fornés Úbeda
Presidente de la Sociedad Española de
Medicina y Seguridad del Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José Ángel 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

Abraham Herrera
Jefe de RRLL y Política Sanitaria
de Bayer Schering Pharma

Leandro Herrero
Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont
Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega
Departamento de Economía. Universidad de
Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré
Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández
Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera
Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente
Presidente de Club Médico

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

Fernando Mesa del Castillo
Presidente de la Federación Nacional
de Clínicas Privadas

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 Vicente-Arche
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 Geriátria
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
Asesora Externa de Allergán

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. UAM.

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
Secretaría 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
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo
Directora de Calidad y Atención
al Paciente de USP Hospitales

No olvide escribir

Hace no mucho, Erich Burnett, editor de la edición americana de *Medical Economics*, comentaba la idea de un colaborador habitual sugiriéndole la posibilidad de escribir un artículo relacionado con la iniciativa de numerosos médicos que, considerándose hábiles con la escritura, hubieran tenido la tentación de iniciar una carrera paralela en el fabuloso mundo de la edición de libros, lo que bien les podía suponer un suplemento en sus ingresos.

Aun considerando que en EEUU, con un mercado gigante, el intento pudiera merecer la pena, dudo que en nuestro país alguno de Vds. aspirara a una carrera semejante; es más, en los casos que conozco en los que se ha mantenido esa dualidad, lo que ha primado preferentemente ha sido la necesidad íntima de comunicar su mundo interior como liberación intelectual y, desde luego, sin esperar *a priori* recompensa económica alguna.

Otra cosa bien distinta es la innegable realidad de que la práctica de la Medicina se desarrolla frente a seres humanos que acuden a las consultas, en incontables ocasiones, por motivos relacionados con la sospecha o evidencia de la pérdida de su salud, lo que se manifiesta ante el médico como miedo, angustia, desesperanza, etcétera, aspectos mucho más serios y frecuentes que el anecdotario humorístico con el que se banaliza la relación médico-enfermo.

Esta circunstancia permite construir numerosas historias e indagar en un *flashback* cinematográfico en la vida de los pacientes.

Con este sentimiento, los editores de la edición americana decidieron convocar hace muchos años el *Doctor's Writing Contest*, concurso anual que ofrece a los lectores la oportunidad de relatar en primera persona sus impresiones relacionadas con el cuidado de los pacientes o la mejor práctica profesional.

A lo largo de todo el año se vienen publicando los artículos que envían los lectores, muchos de los cuales hemos ido tradu-

ciendo para Vds. en la edición española, lo que nos ha servido para obtener no pocos elogios por nuestra dedicación a recoger el punto humanístico de la profesión y sugerencias sobre la oportunidad de hacer algo semejante en nuestro país, en la seguridad de que podríamos aportar numerosas muestras de experiencias de los profesionales españoles.

Madurada la idea, y coincidiendo con la publicación del último número de 2008, cuyo contenido esencial estuvo dedicado a reproducir los relatos galardonados en el certamen norteamericano de artículos, les anuncié la puesta en marcha de nuestro propio certamen de artículos cuya publicidad hemos venido insertando periódicamente (ver pág. 27 de este mismo número), dotado con dos premios de viajes en crucero para un total de cuatro personas, por un valor de 5.000 euros.

Sus originales le permitirán poner por escrito los pensamientos y emociones que dan vida a su trabajo, y compartirlos con sus colegas.

Deseamos publicar muchas de las historias que hemos recibido en futuros números de *Medical Economics*, y les animamos a enviar nuevos artículos acerca de los retos a los que se enfrentan, los obstáculos que han sorteado, las emociones sentidas y, en general, todo aquello que ha modelado su universo en la práctica de la Medicina.

Y recuerde que no es lo más importante escribir bien, sino escribir a menudo. Por favor, considere esta carta como una invitación a escribir uniéndose a los que lo han hecho hasta ahora, y si es de los que lo dejan para última hora, tenga en cuenta que el plazo de participación expira el 31 de octubre.

Ánimo, que aún hay tiempo. ■



Manuel García Abad
mga@drugfarma.com

Manuel García Abad

Margarita Salas Falgueras, profesora de Investigación del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa

“El Príncipe de Asturias es mi asignatura pendiente”

A la sombra de Severo Ochoa adquirió luz propia como investigadora; su marido (ya fallecido), el también reconocido bioquímico Eladio Viñuela, la cedió el camino para que brillara por sí misma; y ella supo imponerse al machismo reinante. Ahora, Margarita Salas, marquesa de Canero (Canero, Asturias, 1938), sobria, sencilla y muy comunicativa, dirige un equipo de 16 investigadores, y recibe, reflexiona y planifica su trabajo en un despacho de reducidas dimensiones, inmerecido, más propio de una casa de muñecas que de una bioquímica tan premiada como internacionalmente reconocida. Cargada de premios, el Príncipe de Asturias es su “asignatura pendiente”.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Me da la impresión de que la coquetería no va, ni ha ido nunca, con usted...

RESPUESTA: Bueno, me gusta ir sobre todo cómoda, bien arreglada, pero cómoda. Hombre, cuando tengo que ir a algún acto sí me gusta ir bien vestida. Pero no me maquillo nada cuando vengo a trabajar, y cuando voy a algún acto me pongo un poco de maquillaje. Me gusta ir elegante, pero sencilla.

P. El pasado mes de junio la nombraron Mujer Líder 2009. Entonces afirmó: “Ser mujer me ha ayudado a ser más popular”. Explíquese, por favor...

R. Hasta hace poco, desgraciadamente, había pocas mujeres que destacasen en la investigación, en liderazgo y tal. Y yo siempre era la primera mujer en, por ejemplo, ser académica de las Ciencias, presidenta del Instituto de España, que recibía el premio tal o cual, y cosas así. Entonces, claro, eso daba cierta popularidad en el sentido de que los medios de comunicación destacaban: “Es la primera mujer que ha sido...”, lo que sea. He sido más popular, desde el punto de vista mediático, que si hubiese sido la misma persona, pero un hombre.

P. ¿Le gusta la popularidad? ¿Se siente cómoda con ella?

R. Bueno, ni me molesta ni me entusiasma, vamos. Es lo que es y ya está. Me conformo con lo que hay. Si soy popular, es a pesar mío.

P. ¿Qué es un líder para usted?

R. El líder es el que marca el camino, el que va por delante de las cosas. Por ejemplo, en investigación, un líder es el que marca la ruta de las investigaciones, una ruta que tiene que tener éxito. También hay que ser líder de un equipo. En este sentido, yo soy la que dirijo el equipo de investigación que tengo alrededor mío. Si se me quiere llamar líder o no...

P. ¿Cómo conoció a Severo Ochoa? Creo que el padre de usted era médico y pariente político del Premio Nóbel...

R. Le conocí en casa de mis padres, en Gijón, en el verano de 1958. Mi padre le invitó a comer a casa –recuerdo que comimos una excelente paella– y al día siguiente mi padre y yo le acompañamos a Oviedo, donde iba a dar una conferencia sobre sus trabajos, que me entusiasmaron. Después hubo una cena, hablamos de lo que yo estaba haciendo

(había terminado tercero de Químicas, pero no había estudiado Bioquímica, asignatura que se daba en cuarto), y Severo Ochoa me dijo que cuando regresase a Nueva York me iba a mandar un libro de bioquímica. Así lo hizo, y me lo dedicó con estas palabras, más o menos: “Para Margarita Salas, en tan grato cumplimiento de mi promesa”. Y así empecé a aficionarme a la bioquímica.

P. Y al terminar la carrera...

R. Pues le dije a Severo Ochoa que me gustaría dedicarme a la bioquímica. Y entonces él me dijo que hiciese una tesis doctoral en Madrid con un excelente bioquímico, Alberto Sols, y luego que me fuese con él a Nueva York para hacer una fase postdoctoral. Y eso es lo que hice.

P. ¿Cómo le fue con Sols?

R. También era una persona muy rigurosa en su trabajo. Y durante los tres años y medio que estuve con él (1961-1964), aprendí mucho y publiqué en buenas revistas. Lo que pasa es que Sols a la mujer científica la consideraba poco, decía que las mujeres no valían para hacer investigación. Yo llevaba una carta de recomendación de Severo Ochoa, con lo cual tuvo que ad-

mitirme sí o sí. Y durante ese tiempo de mi tesis doctoral me sentí un tanto discriminada, como invisible.

P. Su amistad y trabajo con Severo Ochoa le habrá deparado infinidad de anécdotas. ¿Podría destacar alguna?

R. En el trabajo Severo Ochoa era enormemente riguroso y un fanático de los controles. Todas las mañanas se pasaba por el laboratorio donde yo trabajaba y me preguntaba qué había hecho el día anterior y qué iba a hacer ese mismo día. Yo se lo contaba. “¿Has controlado tal cosa?”, me preguntaba. “Que no se te olviden los controles”, me advertía. Había que tener controlado todo, de lo contrario te echaba la reprimenda.

P. ¿Y cómo es Margarita Salas, con tantos premios y distinciones a sus espaldas y sin haber obtenido aún el Príncipe de Asturias?

R. Esa es la asignatura pendiente que me queda. Bueno, soy una persona totalmente normal, sencilla, realista, muy con los pies en el suelo, me gusta la honestidad y sentirme querida, trato de ayudar a la gente y no me gusta la soledad. Vamos, una persona normal.

P. ¿Cuántos investigadores tiene con usted?

R. En mi grupo ahora somos 16 personas, desde científicos senior hasta estudiantes en prácticas. Entre ellos no hay ningún médico. Hay pocos médicos que se dediquen a la investigación. Es muy difícil que los médicos vengan a hacer investigación. Es una asignatura que tenemos pendiente en España. Deberían hacer investigación dentro del MIR, lo estamos necesitando mucho.

P. Usted, además de pertenecer a la Academia de Ciencias, ocupa el sillón “i” de la Real Academia Española de la Lengua. ¿Qué tiene que ver la biología molecular con la lengua o el diccionario del español?

R. La ciencia tiene que ver mucho con la lengua. En la lengua cotidiana hay

cada vez más ciencia, y hay que ir incorporando al diccionario términos científicos de uso cotidiano, no los especializados. En ese sentido, en la Real Academia Española tenemos una comisión de vocabulario científico y técnico en la que vemos qué palabras hay que incorporar, revisar o que se han quedado obsoletas. Es una labor continuada y muy apasionante, y estoy muy contenta con el trabajo que hago aquí.

P. En Asturias la llaman “la marquesa de la ciencia”...

R. Eso se debe a mi amiga Paz Fernández Felgueroso, la alcaldesa de Gijón. Fuimos compañeras en el colegio. Al nombrarme el Rey marquesa de Canero, ella sacó un artículo en un periódico local que tituló *La marquesa de la ciencia*. Es bonito, sí, pero yo no uso el título de marquesa, lo pongo en mi *curriculum* y ya está.

P. Ya que hablamos de su pueblo: ¿Cuándo salió de él y por qué?

R. Salí cuando yo tenía un año de edad. En el 36, al empezar la Guerra Civil, mi padre era subdirector del manicomio de Ciempozuelos, en Madrid. Y cuando entraron en la capital los nacionales, a mi padre lo metieron preso en la cárcel de Navalcarnero por ser sobrino de Álvaro de Albornoz (tío de Severo Ochoa y casado con una tía de mi padre), que fue ministro de Justicia en la República. Pensaron que era rojo. Lo dejaron libre por intermediación de mi madre ante un general. Entonces mis padres se fueron a Canero a casa de mis abuelos, donde permanecieron hasta el término de la guerra. Y a finales del 39 nos trasladamos a Gijón, donde mi padre montó una consulta psiquiátrica.

P. A la ciencia y la investigación ha consagrado su vida, hasta el punto de casarse con un científico y superar el “ser mujer de” para pasar a ser Margarita Salas...

R. Mi marido y yo nos conocimos en la Facultad de Químicas —éramos compañeros de curso— y nos hicimos no-



“Es muy difícil que los médicos vengan a hacer investigación. Eso lo tenemos pendiente en España”.

vios al acabar la carrera, en 1960. Trabajamos los dos juntos con Alberto Sols, nos casamos en 1963 y al año siguiente nos fuimos los dos a Estados Unidos con Severo Ochoa. Nos puso en grupos separados y, socarronamente, nos decía: “Así por lo menos aprenderéis inglés”. Lo que en realidad pretendía era que cada uno desarrolláramos nuestro trabajo de forma independiente. De regreso a España, en 1967, mi marido y yo decidimos trabajar en el Centro de Investigaciones Biológicas en un tema en común, el virus Phi29, con el que yo sigo trabajando. Pero, de cara al exterior, yo era la mujer de Eladio Viñuela. Y Eladio, que quería que yo fuera independiente en mi trabajo, decidió cambiar de tema de investigación, dedicándose al virus de la peste porcina. Y así fue cómo comencé a ser, profesionalmente, Margarita Salas, no “la mujer de”.

P. Pero no sólo de ciencia se nutrirá su espíritu...

R. Para mí la ciencia es lo primero, pero también me gusta mucho la música clásica y el cine, ver exposiciones de arte y la lectura. Este verano acabé el tercer tomo de *Millennium*, de Stieg Larsson, que me encantó. Y también el tenis. Ahora no lo practico, pero lo sigo apasionadamente por televisión. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

10,54

millones de partícipes tenían los fondos de pensiones en España en junio de 2009.

76.243

millones de euros ascendía el patrimonio de los fondos de pensiones a esa fecha.

3,75

por ciento menos que un año antes.

48,927

millones de euros correspondieron a los planes individuales.

4

por ciento menos que en junio de 2008.

Fuente: Inverco.
Datos al 30-6-2009.

MALPRAXIS

Las reclamaciones por mala práctica médica se han multiplicado por cuatro en 10 años

El crecimiento de las reclamaciones al personal sanitario es imparable, según se ha puesto de manifiesto en el primer Congreso Nacional sobre Justicia, Sanidad y Comunicación. “Actualmente se producen unas 100.000 reclamaciones judiciales al año a médicos, otros profesionales o centros sanitarios”, según los datos aportados por Domingo Bello, catedrático de Derecho Civil de la Universidad de A Coruña. “La cifra multiplica por cuatro la de hace una década”, dijo Bello.

El abogado destacó que la aprobación de la Ley de Autonomía del paciente en 2002 ha supuesto un “cambio sustancial” en la relación entre médico y paciente. Aunque ya desde la Ley General de Sanidad de 1986 se fijaba un marco para esta relación, la norma posterior detalló mucho más los derechos y obligaciones de ambos.



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Merck completa la venta del 50 por ciento de Merial y Zeltia se dispara en bolsa

La estadounidense Merck ha completado la venta por 4.000 millones de dólares a la francesa Sanofi-Aventis de su 50 por ciento de participación en Merial, una firma veterinaria que ambas crearon a partes iguales en 1997. Las dos farmacéuticas han informado de que a partir de ahora, Merial, la tercera empresa del mundo en productos para la salud animal, pasará a ser una filial de la firma gala, para aportar un efecto positivo en su beneficio desde el primer ejercicio.

Por otro lado, Zeltia se vio disparada en bolsa más de un 34 por ciento tras la aprobación de Yondelis, el fármaco estrella fabricado por PharmaMar. El grupo farmacéutico espera obtener dentro de cinco años 300 millones anuales.



ENTRE NOSOTROS

Miguel Fernández de Sevilla recibe la Medalla al Mérito de la Abogacía Española

Nuestro colaborador Miguel Fernández de Sevilla, autor de la sección Tribunales, especialista en Derecho Sanitario, ha sido elegido académico correspondiente de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. Idéntica distinción ya poseía en la Real Academia de Medicina. Además, el Consejo Nacional de la Abogacía le ha otorgado la Medalla al Mérito de la Abogacía Española. Nuestra más sincera enhorabuena por ambas distinciones.

EXCELENCIA EN GESTIÓN

El Hospital Moncloa recibe el Sello de Excelencia Europea

El Hospital Moncloa ha recibido la confirmación del Sello EFQM a la Excelencia Europea con más de 500 puntos, un reconocimiento que otorga el Club Excelencia en Gestión y que le ha sido concedido al centro sanitario previa evaluación realizada por la certificadora SGS. Actualmente en España tan sólo hay treinta entidades con el Sello EFQM 500+, y de ellas, el Hospital Moncloa figura como el único centro sanitario que ha logrado este nivel de excelencia en su categoría "oro" y que cuenta también con el reconocimiento "Recognised for Excellence in Europe 5 stars", de la propia EFQM. Por otro lado, el Hospital Moncloa fue el primer hospital de la Comunidad Autónoma de Madrid en obtener la licencia de uso de la marca Madrid Excelente.



CAPITAL RIESGO

La inversión de las compañías de capital riesgo en España cae un 46 por ciento hasta junio

El número de operaciones cerradas en el primer semestre cayó por primera vez en los últimos años, alcanzando las 376, cifra que frente a las 471 contabilizadas en el primer semestre 2008 significa una caída del 20 por ciento. El importe medio invertido por operación se redujo en un 32 por ciento, situándose en 1,9 millones. De este modo, se confirma que la restricción actual de la deuda ha frenado en seco las grandes operaciones de compra de compañías, ya que no se ha cerrado ninguna operación superior a los 100 millones de euros de capital, frente a las dos culminadas en el primer semestre 2008.



TECNOLOGÍA SANITARIA

Comienza a funcionar un servicio pionero en España en la gestión de enfermedades crónicas

Según la OMS, en los países desarrollados las enfermedades crónicas además de ser la principal causa de fallecimiento, también lo son del consumo de recursos médicos. Para responder a esta realidad Sanitas ha lanzado el servicio Sanitas Responde, una iniciativa pionera en el sector sanitario español, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes crónicos a gestionar más eficientemente su enfermedad y, por tanto, mejorar su calidad de vida. Sanitas ofrece Sanitas Responde a través de Health Dialog España (HDE), una empresa que ha puesto en marcha en colaboración con Health Dialog, una compañía que tiene experiencia en este tipo de servicios a pacientes crónicos en Estados Unidos, Francia, Alemania y Reino Unido.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Cree que la crisis está afectando al turismo internacional sanitario?



Un **31** por ciento de nuestros lectores consideran que al sector sanitario no le afecta la crisis del turismo internacional, y un número elevado, un **25** por ciento, cree que afecta sólo a ciertas especialidades. Un **23** por ciento considera que el sector sí que está afectado por la crisis, pues se han reducido los gastos en salud, mientras que un **21** por ciento se declara en esta línea, pues hay mucho menos turismo.

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

Jornada MEDICAL ECONOMICS "Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis"

Las comunidades autónomas deberán ceder al Estado servicios sanitarios que garanticen economías de escala

Con el objetivo de revisar la situación actual del Sistema Nacional de Salud y las alternativas que existen en su gestión para garantizar la sostenibilidad del sistema, Medical Economics con la colaboración de Merck Serono, organizó la jornada Desafíos de gestión en época de crisis. Según Leopoldo Gonzalo González, catedrático de Hacienda Pública de la UNED, "la sostenibilidad del SNS pasa porque el Estado recentralice o reuna todos los servicios sanitarios transferidos que garanticen economías de escala".

Destacados expertos en gestión sanitaria se reunieron en Madrid para debatir acerca de las alternativas de gestión sanitaria en el contexto económico actual, dentro de la jornada *Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis*, organizada por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Merck Serono. Tras la inauguración de la jornada, a cargo del editor de la revista, Manuel García Abad; Ana Céspedes, directora de Asuntos Corporativos de Merck, y Álvaro Hidalgo, coordinador de la mis-

verde sobre la sostenibilidad del SNS, un informe encargado por la Academia Europea de Ciencias y Artes a todos los países miembros de la UE. Dicho libro verde recomienda también, según Gonzalo, ampliar el régimen de conciertos con la sanidad privada e intensificar la autonomía de funcionamiento de los hospitales, externalizando los servicios no sanitarios y gestionando con criterios empresariales. Asimismo, los expertos de la Academia Europea de Ciencias recomiendan extender el copago a otras prestaciones

del sistema, conseguir una política ágil de genéricos, mantener el sistema de precios de referencia, impulsar medicamentos eficientes, confiar en la prescripción por principio activo y adecuar la prescripción a la indicación".

En este sentido, Celia Gómez, directora general de Planificación e Innovación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, aseguró que "la prescripción por principio activo en Andalucía ha permitido que el incremento del gasto sea más bajo que en el resto de España". Y añadió: "En el tema de la financiación de medicamentos es importante que las comunidades autónomas tengan más protagonismo para ver qué medicamentos son financiables".

En este punto, María Luisa Carrera, directora general de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad valenciana, apuntó que "si se realiza un distinto esfuerzo por parte de las comunidades autónomas, ello redundará en una peor calidad asistencial. Es vital que las comunidades pasen de una política de competición a una política de cooperación".

La jornada fue clausurada por Carmen Navarro, directora general de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios de la Comunidad de Madrid, que se refirió a la gestión mixta aplicada a los nuevos hospitales madrileños, que permite "contar con la eficiencia del sector privado para lograr mayor calidad de servicios y un mantenimiento óptimo de las infraestructuras". ■



De izda. a dcha., Álvaro Hidalgo, Ana Céspedes y Manuel García Abad en la inauguración de la jornada.

ma, comenzó la primera de las conferencias a cargo de Leopoldo Gonzalo González, catedrático de Hacienda Pública de la UNED.

Según Gonzalo, "la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud pasa porque el Estado recentralice o reuna todos los servicios sanitarios transferidos que garanticen economías de escala". Es uno de los expertos que ha elaborado el Libro

sanitarias (además de los medicamentos), excepto para pensionistas, parados y enfermos crónicos; crear más facultades de Medicina o aumentar el número de alumnos en las existentes, y regular el llamado turismo sanitario.

Por su parte, Ángel María Martín, jefe de Área de Farmacia del Sescam explicó que "para contener el gasto farmacéutico es necesario una absoluta informati-



SEGURO DE HOGAR MAPFRE

EL BRICOLAJE CASERO TIENE LOS DÍAS CONTADOS

Al contratar el Seguro de Hogar MAPFRE además de tener un

25% de descuento,

**EL SERVICIO DE BRICOLAJE
EN CASA GRATUITO***

Y además si contratas conjuntamente el Seguro de Automóviles MAPFRE, tendrás condiciones especiales.

**Infórmate en cualquier oficina MAPFRE,
tu tienda del seguro, en mapfre.com y en el 902 100 324**

*Durante el primer año. Promoción válida hasta el 31 de octubre de 2009.



 **MAPFRE**

I Jornada MEDICAL ECONOMICS "Educación y Derechos de los Pacientes en la Sanidad del Siglo XXI"

El Defensor del Paciente de la Comunidad Madrid tramitó 1.856 reclamaciones en 2008

Más de un centenar de personas acudieron a la I Jornada sobre Educación y Derechos de los Pacientes en la Sanidad del Siglo XXI, organizada por Medical Economics y la Oficina del Defensor del Paciente, con la colaboración de Fundadeps y la Asociación Española de Derecho Farmacéutico. El encuentro sirvió para perfilar las características del nuevo modelo de paciente y desvelar datos significativos como el número de reclamaciones tramitadas en 2008, casi 2.000, o la especialidad con más reclamaciones: Ginecología y Obstetricia.



Los ponentes de la jornada, (de izda. a dcha.), M^a del Carmen González, de la Universidad de Castilla-La Mancha; María Sainz, presidenta de Fundadeps; Honorio Bando, vicepresidente de Fundadeps y de Idepro; Juan Ignacio Barrero, Defensor del Paciente de la CAM; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Carmen García Savadie, directora del Gabinete del Defensor del Paciente; Mariano Avilés, presidente de Asedef; y Pedro Vidal García, subdirector general del Defensor del Paciente.

Más de 2.030 quejas y reclamaciones recibió el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid durante 2008, prácticamente las mismas que en el año anterior. De esa cantidad, las reclamaciones tramitadas a centros y organismos sanitarios ascendieron a 1.856, más del 91 por ciento del total. Son datos que Pedro Vidal García Gómez, subdirector general de dicha institución, desveló en el marco de la *I Jornada sobre Educación y Derechos de los Pacientes en la Sanidad del Siglo XXI*, organizada por MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de la Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid.

García Gómez añadió que el 88 por ciento de los expedientes tramitados se concluyeron informando al paciente acerca de su reclamación. Los motivos relacionados con la organización asistencial

ocupan el primer lugar (20,8 por ciento) de las quejas, seguidos por la insatisfacción en la asistencia sanitaria y el trato personal (18 por ciento). Las quejas por listas de espera ocupan el tercer lugar (13,8 por ciento). Por especialidades, Ginecología y Obstetricia es la que concentra más reclamaciones: un 21,3 por ciento.

El perfil tipo del reclamante es una mujer, de 20 a 65 años, reincidente en el ejercicio de su derecho a quejarse y que reclama, de forma mayoritaria, para mejorar el servicio sanitario, ejercer un derecho u obtener información jurídica. Sólo un 8,7 por ciento lo hace con el fin de percibir una compensación económica. Todos los datos anteriormente mencionados están incluidos en la Memoria del Defensor del Paciente correspondiente a 2008. La jornada, a la que asistieron más de un centenar de personas, contó con la participa-

ción de expertos en Derecho Sanitario y Derecho Farmacéutico, que abordaron distintos conceptos jurídicos relacionados con los derechos y deberes del paciente, como el consentimiento informado, las instrucciones previas, o la ley de autonomía del paciente.

Juan Ignacio Barrero Valverde, Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, fue el encargado de clausurar la jornada, y destacó en su intervención los cambios que ha vivido el paciente, que ahora "ha pasado a ser paciente a cliente, "adoptando una conducta de consumidor de servicios sanitarios", y que quiere participar y ser protagonista en el proceso de su salud. Y afirmó que "el paciente del siglo XXI está más informado, es exigente y extraordinariamente impaciente" y que demanda "una relación más personalizada con el médico". ■

Descubre las ventajas de la nueva página web de A.M.A. Seguros, en ella podrás:

Conocer al detalle todos nuestros Seguros

- Accede a la totalidad de nuestro Catálogo de Seguros Online, consulta la ficha de cada seguro y las condiciones del mismo.
- Solicita Información sobre cualquier Seguro que sea de tu interés y nuestro equipo comercial se pondrá en contacto contigo.
- Calcula tú mismo el precio de tu seguro, entra en nuestro tarificador de seguros.

Encontrar toda la información sobre tu Oficina más cercana

- Busca y selecciona a través de la tecnología de GoogleMaps la Oficina más cercana a tu localidad.
- Accede a la ficha de cada oficina con toda la información que necesitas: teléfono, dirección, mail y fotografías de la oficina.

Acceder a los últimos números de nuestra revista

- Accede a nuestra Revista Online a través de la tecnología de PageFlip y lee los últimos números de nuestra revista.
- Revisa el histórico de números de nuestra revista, accede al número que te interesa y relee antiguos artículos.
- Imprime en tu propia casa los contenidos que te interesan de nuestra revista.

encuétranos en:

www.amaseguros.com



¿Alguna duda? **llámanos al 902 30 30 10**

o accede a la sección de contacto de nuestra nueva web para dejarnos cualquier comentario.

Nuestro equipo comercial estará encantado de atenderte y explicarte las ventajas de nuestro amplio Catálogo de Seguros:

Seguros Particulares

- Automóvil
- Hogar
- Responsabilidad Civil General
- Viajes
- Accidentes
- Embarcaciones

Seguros Profesionales

- Responsabilidad Civil Profesional
- Farmacia
- Responsabilidad Civil Daños Nucleares
- Establecimientos Sanitarios
- Responsabilidad Civil Sociedades Sanitarias
- Defensa y Protección por Agresión
- PYME



Gestión Profesional

La antropología de los pacientes



José María Martínez García*

A veces no valoramos la importancia que tienen las personas que van con el paciente, sus acompañantes, sea cual sea su relación con él, y es un grave error pues no se debe olvidar nunca que el acompañante ejerce una presión determinante en la percepción que del servicio tenga el propio paciente. Y que también va a ejercer de transmisor de “excelencias” de nuestra clínica a otros. Siempre debe recomendarse que el paciente no venga sólo, pero quitándole cualquier atisbo de falsa precaución adicional que se le pueda crear. Y que le acompañe a través de todo el ciclo desde que entra en las instalaciones de consulta hasta que sale, con excepción de algunas pruebas concretas.

La toma de datos inicial comienza en la recepción y se realiza a través de la historia clínica con su clásica estructuración en anamnesis (datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes familiares y personales). Posteriormente, el médico procede a la valoración de la salud física, exploración, pruebas complementarias, juicio clínico, plan de tratamientos y evolución. Es, especialmente importante, recoger con detalle todos los antecedentes del paciente, así como una detallada relación de fármacos que usa o ha usado, y quién se los ha pautado. En general, esta valoración se realiza dentro del protocolo de ingreso. Si en el proceso inicial de toma de datos al acercarse el paciente al mostrador no puede ser atendido de forma inmediata, es necesario hacer un contacto visual para acusar recibo de su presencia.

Por último, cobra en este proceso inicial de toma de datos una extrema importancia el respeto a la confidencialidad de los datos que el paciente aporta en primera instancia y, por tanto, debe realizarse, y así debe ser percibido por el paciente, manteniendo un mínimo de espacio físico en la recepción y un tono de voz que impida que otros pacientes próximos puedan escuchar.

El perfil del paciente ya puede definirse entonces, casi con una gran proximidad, como analítico, emotivo, colaborador y activo.

El paciente analítico es comprensivo, consciente y firme, mantiene las normas, define, clarifica, busca información, critica y prueba. Asimismo este paciente es reservado, frío, tiene muy pocos gestos, lenguaje apropiado y generalmente lento, no usa demasiada jerga, le gusta tomarse tiempo para asegurarse (no puede soportar errores), no se orienta altamente hacia la gente, pensar y analizar es muy importante para él. A este tipo de paciente hay que tratarle con corrección, hablarle con datos, hacer hincapié en lo lógico y razonable y buscar un trato profesional.

El paciente con perfil emotivo es agradable, tiene una imaginación creativa, inicia relaciones, se mueve rápido con mucha energía y motiva a los otros hacia metas concretas.

A este paciente hay que tratarle cálidamente, hablarle de sentimientos, más que de datos, hacer hincapié en lo social y buscar un trato personal.

El paciente colaborador es dependiente, leal trabajador en equipo, trabaja para un líder y una causa, buen oyente, paciente y empático y bueno para reconciliar bandos enfrentados. Es tranquilo, amable, da respuesta y es cálido, no le agrada que le presionen demasiado y hará lo que sea para que el equipo funcione.

Por su parte, el paciente activo tiene los ojos intensos y serios, postura formal, pocos gestos, ritmo rápido, directo, independiente, le gusta usar el tiempo para lograr resultados, necesita de la gente para entrar en competencia y le agrada un alto grado de independencia y control. A este tipo de paciente hay que hacerle sentir que lleva la iniciativa, hablarle de resultados concretos, hacer hincapié en lo efectivo y buscar un trato práctico. ■

» La toma de datos inicial comienza en la recepción y se realiza a través de la historia clínica con su clásica estructuración en anamnesis.

» Es especialmente importante recoger con detalle todos los antecedentes del paciente, así como una detallada relación de fármacos que usa o ha usado.

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

'EVALUÓ', la primera campaña que mide el dolor

A pesar de que 9 millones de españoles padecen dolor crónico, sólo el 10 por ciento de los médicos de Atención Primaria utiliza escalas de medición.

Aunque en la actualidad existen diversos tratamientos para el dolor, todavía en España hay más de 9 millones de personas que sufren dolor de forma crónica y que se resignan a vivir con él. Por ello, la Plataforma SinDOLOR, iniciativa de la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) y la Fundación Grünenthal, han puesto en marcha "Cada dolor tiene su historia, EVALÚALO", la I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor, un proyecto pionero que se llevará a cabo por toda la geografía española y que cuenta con el aval del Ministerio de Salud y Política Social y de las Consejerías de Salud Autonómicas, así como de numerosas sociedades científicas. Bajo este lema, la campaña tiene como objetivo concienciar, tanto a profesionales sanitarios como a la población general, de la importancia de medir y transmitir el dolor para conseguir un tratamiento eficaz en cada situación y en cada paciente.

Con este fin, se emprenderá una campaña formativa y de sensibilización dirigida a los profesionales sanitarios para fomentar la utilización de escalas que permita cuantificar la intensidad del dolor que sufre el paciente. Para ello se repartirá al personal sanitario material informativo y reglas EVA (Escala Visual Analógica), una útil herramienta de sencillo manejo que evalúa el dolor del 1 al 10, con el fin de cuantificar la intensidad y tipo de dolor de cada paciente y permitir una correcta fijación del tratamiento y su seguimiento en las sucesivas visitas. Actualmente, sólo el 10 por ciento de los médicos españoles de Atención Primaria utiliza escalas de medición, lo que provoca que hasta en la mitad de los casos sea un síntoma mal tratado. ■



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 CENTRAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada; Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PRECAUCIONES:** 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:** Presérvese 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. **FARMACOLÓGICA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado 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. **PRESENTACIONES:** Cristalmina solución 1%..... envase 500 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 125 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml
Cristalmina solución 1% monodosis **OTRAS PRESENTACIONES:** Cristalmina film 1% gel..... envase 100 g
Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1% envase 30 ml

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Necesidad y responsabilidad social



Elisa Herrera Fernández*

» La educación ambiental pretende constituirse en un llamamiento generalizado para todos a fin de que se incorpore la dimensión de la sostenibilidad como una genuina educación para el desarrollo sostenible.

» El desarrollo sostenible es un nuevo paradigma, que nos orienta sobre los cambios que hemos de practicar en nuestros valores, formas de gestión, criterios económicos, ecológicos y sociales.

En 1975 la Unesco y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, como respuesta a las recomendaciones de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente Humano (Estocolmo 1975), lanzaron el Programa Internacional de Educación Ambiental en Tbilisi en el año 1977, estimando que en todos los países había una gran necesidad de cooperación internacional en este campo. Desde entonces hasta ahora se ha recorrido mucho camino, pero lo cierto es que la educación ambiental sigue siendo una asignatura pendiente, a pesar del esfuerzo realizado por las autoridades competentes. No en vano, todos estamos de acuerdo en que el primer peldaño para llegar al equilibrio exigido por el desarrollo sostenible es la conciencia ambiental a todos los niveles sociales.

La educación ambiental pretende constituirse en un llamamiento generalizado para todos a fin de que se incorpore la dimensión de la sostenibilidad como una genuina educación para el desarrollo sostenible.

La educación se enfrenta al llamado el reto ecológico, que implica contribuir a formar y capacitar no sólo a jóvenes y niños, sino también a los gestores, planificadores y las personas que toman las decisiones, para que orienten sus valores y comportamientos hacia una relación armónica con la naturaleza.

El desarrollo sostenible es un nuevo paradigma, que nos orienta sobre los cambios que hemos de practicar en nuestros valores, formas de gestión, criterios económicos, ecológicos y sociales, para mitigar la situación de cambio global en que nos encontramos y adoptar medidas más acordes con las posibilidades de la naturaleza. Sin embargo, las perspectivas de que esta meta pueda alcanzarse son muy lejanas, ya que en este momento que vivimos problemas como el cambio climático las cuestiones ambientales

están siendo relegadas a un segundo plano debido, entre otras causas, a la crisis económica. Esta pobre y estrecha visión realmente oculta la gravedad del cambio global que está experimentando nuestro planeta.

La educación es un agente para el cambio. Un cambio que debe extenderse a todas las esferas de la sociedad, pues es necesario promover una cultura de la sostenibilidad, no sólo en el ámbito político, sino también en el ámbito de los agentes sociales y el conjunto de los ciudadanos.

Resulta muy ilustrativo el Informe *Framework for the UNEDESD International Implementation Scheme* (Unesco, 2006), en el que nos indican los quince campos diferentes en los cuales debería ser incorporada la educación para el desarrollo sostenible: derechos humanos, paz y seguridad humanas equidad de género, diversidad cultural y entendimiento intercultural, salud, sida, gobernanza, recursos naturales, cambio climático, desarrollo rural, urbanización sostenible, prevención y mitigación de desastres, reducción de la pobreza, responsabilidad social corporativa y economía de mercado.

Basta contemplar esta amplia lista de objetivos para señalar que nos encontramos ante un ambicioso proyecto que coincide en ocasiones en distintos movimientos educativos ya existentes.

En las propias palabras de Unesco: «El principal objetivo de la educación ambiental es integrar los valores inherentes al desarrollo sostenible en todos los aspectos de la enseñanza (...) mediante todas las formas de educación...» (Unesco, 2009, p.1). Se trata, por tanto, de introducir la perspectiva del desarrollo sostenible en todos los ámbitos educativos. En definitiva, es plantearse un mundo que acepte la diversidad cultural, más centrado en la igualdad o el respeto recíproco, que estará siempre más cercano a esa meta del desarrollo sostenible. ■

*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Programas y Actividades

- BIBLIOTECA
- CÁTEDRA DE EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY – UCM
- FORMACIÓN
- FORO DE CIENCIA
- MEDES_ MEDICINA en Español
- PREMIOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA PRECLÍNICA Y CLÍNICA
- SIMPOSIOS CIENTÍFICOS

ACTIVIDADES

BIBLIOTECA

- Nuevo: "Type II Diabetes Mellitus"
- Consultar títulos previos y existencias en www.fundacionlilly.com

CÁTEDRA DE EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY – UCM

- Jornada "MEDICINA, BOLONIA, MIR, 2010, ... ¿y después qué?" (30 de junio 2009)
- Premios CÁTEDRA FUNDACIÓN LILLY-UCM 2009
 - Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Grado
 - Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Postgrado y/o Formación de Especialistas
- Presentación del libro "Medicina Interna. Su función en la Educación Médica: Pasado, Presente y Futuro" (15 de octubre 2009)
- Estudios • Foros • ECOE

FORMACIÓN

- Colaboración en el VI Curso para Postgraduados: "Fundamentos Moleculares de la Medicina", organizado por la Real Academia Nacional de Medicina. (6 y 7 de mayo de 2009)
- Programa de Alta Dirección en Instituciones Sanitarias. IESE (próxima convocatoria: febrero 2010)

FORO DE CIENCIA

- III FORO: "La investigación biomédica en los hospitales" (otoño 2009)
Informes anteriores disponibles en www.fundacionlilly.com

MEDES_ MEDICINA en Español

- 5ª Jornada MEDES: "Sostenibilidad de la ciencia y las publicaciones científicas en español" (19 de noviembre 2009)
- Entrega de Premios MEDES 2009. (19 de noviembre 2009)
 - Mejor Iniciativa Editorial en Español
 - Mejor Publicación de Investigación Original en Español
 - Mejor Publicación de Investigación Secundaria o de Síntesis de Conocimiento
- Base de datos bibliográfica MEDES

PREMIOS FUNDACIÓN LILLY DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA 2010

- Próxima convocatoria (otoño 2009)
- Investigación Preclínica 200.000 €
- Investigación Clínica 150.000 €

SIMPOSIOS CIENTÍFICOS

16 SIMPOSIO CIENTÍFICO
fundación *Lilly*

nutrition, alimentación,
lipids and atherosclerosis
lipidos y aterosclerosis

Directores: Carlos Macaya □ Jesús Millán □ José A. Gutiérrez-Fuentes
EUROFORUM Infantes, El Escorial, Madrid, 5 y 6 de noviembre de 2009

from neurobiology to nosology
de la neurobiología a la nosología
of mental disorders
de las enfermedades mentales

17 SIMPOSIO CIENTÍFICO
fundación *Lilly*

Directores: Juan José López-Ibor □ Steven Paul

Auditorio SAN CARLOS, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, 11 y 12 de marzo de 2010

MÁS INFORMACIÓN:

C/ María de Molina 3, 1º - 28006 Madrid
Tel.: 91 781 50 70 • Fax: 91 781 50 79 • fundacionlilly@lilly.com
www.fundacionlilly.com



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

dertrase
POMADA

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



Acción desbridante con efecto
antiséptico de amplio espectro

DERTRASE® pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carbamilglutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Meso-inositol 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®, 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 40 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **S**alvat

900 80 50 80

infosalvat@salvabiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Impuestos

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Tributación de los trabajadores

Soy cirujano cardiovascular, de nacionalidad francesa. Me han ofrecido un puesto de trabajo durante 5 años en un hospital privado en España. A efectos fiscales, ¿qué aspectos he de tener en cuenta?

La ley 35/2006 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) establece un régimen de tributación especial para aquellas personas que adquieran su residencia fiscal en España como consecuencia de su desplazamiento a territorio español. Por residencia fiscal hay que entender la permanencia en España por un período superior a 183 días dentro del año natural.

Régimen especial de tributación

¿En qué consiste el régimen especial de tributación para los trabajadores desplazados a territorio español?

Este régimen especial de tributación es opcional y permite a los trabajadores que adquieran su residencia fiscal en España optar por tributar por el Impuesto sobre la Renta de no Residentes (IRnR), manteniendo la condición de contribuyentes por el IRPF.

Ventajas del régimen especial

¿Qué ventajas presenta la aplicación de este régimen especial de tributación?

Sin duda alguna, la ventaja más significativa es el tipo aplicable a los rendimientos del trabajo que se obtengan en territorio español, dado que el tipo máximo de tributación por el IRnR es del 24 por ciento, frente a un 43 por ciento en el IRPF. Por ejemplo, en el caso del médico de nacionalidad francesa que viene a trabajar a España en 2009 y obtiene unos ingresos anuales brutos de su trabajo dia-

rio en el hospital por importe de 65.000 euros.

El importe neto, deducidos gastos y aplicadas las reducciones correspondientes, es de 58.000 euros. En la declaración de IRPF, si no se ha optado por acogerse a este régimen especial de tributación, se tributará al tipo máximo del 43 por ciento sobre 58.000 euros, lo que implicará que se tendrá que ingresar en Hacienda 24.940 euros. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que si se decide optar por este régimen de tributación especial, tributará al tipo del 24 por ciento sobre 65.000 euros, resultando una cuota a ingresar de 15.600 euros, lo que supondrá un ahorro fiscal de 9.340 euros al final del año.

Requisitos a cumplir en este régimen

¿Qué requisitos hay que cumplir para la aplicación de este régimen especial de tributación?

Para poder optar por la aplicación de este régimen especial de tributación se han de cumplir obligatoriamente los siguientes requisitos:

1. El ejercitante de la opción no deberá haber sido residente fiscal en España durante los últimos 10 años.
2. El desplazamiento debe haberse producido como consecuencia de un contrato de trabajo que debe realizarse efectivamente en España para una empresa o entidad residente en España o para un establecimiento permanente situado en España de una entidad no residente en territorio español.
3. Los rendimientos del trabajo derivados de la relación laboral no pueden estar exentos de tributación en el Impuesto sobre la Renta de no Residentes. ■

» Por residencia fiscal hay que entender la permanencia en España por un período superior a 183 días dentro del año natural.

» Sin duda alguna, la ventaja más significativa es el tipo aplicable a los rendimientos del trabajo que se obtengan en territorio español.

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Patricia Ojeda Paredes. Para contactar: info@alecab.es



INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL

idepro

Excelencia en la formación continuada de los profesionales sanitarios

Idepro está integrado por un grupo de expertos en Desarrollo Profesional Continuo que desarrollan actividades destinadas a la mejora del ejercicio profesional en medicina.

Consejo Directivo

Felipe Chavida García, *Presidente*; Honorio-Carlos Bando Casado, *Vicepresidente*; José Antonio Martínez Pérez, *Director de Programas*.

Consultores

Carlos Brailovsky, Rector del Instituto Practicum de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (Madrid). Profesor Emérito de la Universidad Laval, Québec (Canadá); **Emilio López-Barajas**, Catedrático de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia; **Bernard Maillet**, Secretario General. Unión Europea de Médicos Especialistas; **Bernard Marlow**, Director de Desarrollo Profesional Continuo. College of Family Physicians of Canadá; **François Miller**, Subdirector. Centro de Estudios de Investigación en Ciencias de la Salud (CESSUL) de la Universidad de Laval. Québec (Canadá); **Ian Starke**, Director de Desarrollo Profesional Continuo. Royal College of Physicians (Reino Unido).

Secretaría Técnica

C/ Antonio López 249 (1º), 28041 Madrid

Información y Contacto

Tfno.: 91 500 20 77

www.idepro.es



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



*el apósito de espuma
que mim a 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 **S**alvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Informática

La mejora de indicadores de calidad asistencial



Oscar Gil García*

» En los últimos años, tanto los gobiernos autonómicos como la administración central, han impulsado grandes proyectos de informatización en sanidad.

» Respecto a otros sectores, el sector sanitario en general ha estado bastante retrasado en el empleo de las TIC para mejorar sus servicios.

Está comúnmente aceptado que el empleo de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) debe ser uno de los elementos clave en la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario, que es sin duda uno de los principales retos de la sanidad pública en los países desarrollados.

Respecto a otros sectores, el sector sanitario en general ha estado bastante retrasado en el empleo de las TIC para mejorar sus servicios (calidad) y su eficiencia (sostenibilidad), que son, al fin y al cabo, los objetivos principales del empleo de las TIC en las organizaciones. Es por ello que en los últimos años tanto los gobiernos autonómicos como la administración central (a través de entidades como Red.es), han impulsado grandes proyectos de informatización en sanidad (historia clínica electrónica, receta electrónica, etc.). Estas grandes inversiones, capítulo aparte de la inversión en equipamiento electromédico, son por tanto algo relativamente nuevo, y cuya justificación viene dada simplemente debido al estado de retraso informático que existía.

Superada ya, casi por completo, una primera fase de dotación de infraestructuras y puesta en marcha de aplicaciones corporativas básicas, toca empezar a dar cuenta sobre cómo dichas inversiones inciden en indicadores medibles propios del sector.

Algunos ejemplos de estos indicadores son:

Mejora de la calidad: Reducción de demoras en procedimientos quirúrgicos o pruebas diagnósticas, reducción de errores de prescripción y dispensación de medicamentos, reducción de errores de transcripción de órdenes médicas, etc.

Mejora de la eficiencia: Estancias medias hospitalarias, frecuentación en consultas o en urgencias, uso racional del medicamento, etc.

Pero siendo realistas, ¿se puede establecer una relación entre inversiones en TIC y estos indicadores? Desde luego no matemáticamente (lo que además permitiría establecer modelos predictivos), pero sí se han demostrado algunas relaciones.

Así, un estudio sobre 90.000 episodios clínicos desvela que en 2,4 casos de cada 100, se produce Reacción Adversa a Medicamentos (RAM), lo que produjo un aumento de la mortalidad del 2,45 por ciento y 1,9 días de estancia adicionales de media. Posteriormente, dos estudios de los mismos autores contrastaron que tras la puesta en marcha de un sistema de Historia Clínica Electrónica, se redujeron los casos de RAM desde un 7,6 por ciento inicial a un 2,2 por ciento.

El sistema americano podría ahorrarse 77,4 billones de dólares al año si tuviera un sistema de historia clínica completo e interoperable entre los centros

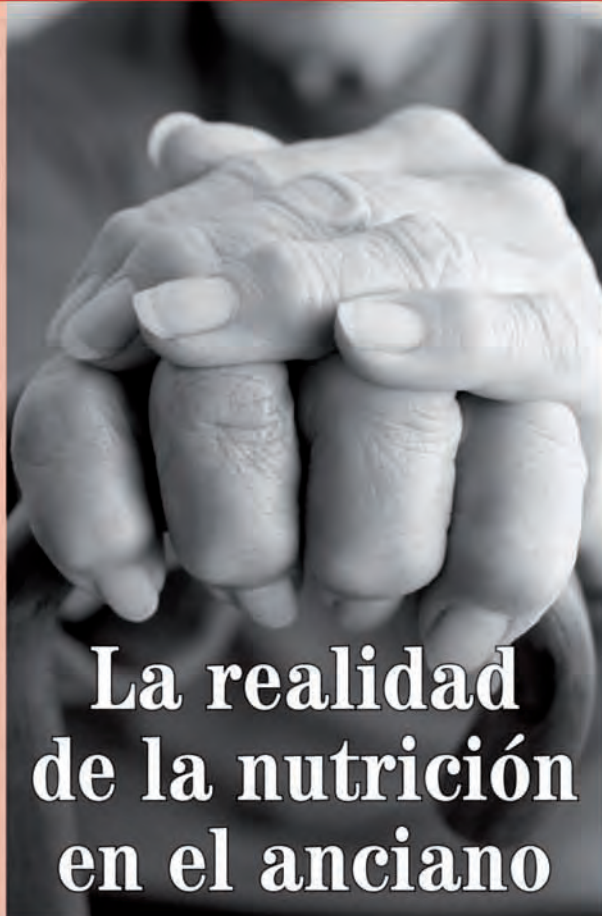
Según un estudio publicado en Health Affairs, el sistema sanitario americano podría ahorrarse 77,4 billones (miles de millones) de dólares al año si tuviera un sistema de historia clínica completo e interoperable entre los centros.

Con todo, y aunque estamos lejos de obtener fórmulas sobre cómo las inversiones en TIC mejoran los indicadores que realmente importan en el sector, estudios como los anteriores evidencian que efectivamente existe una relación real sobre la que se debe profundizar y cuyos resultados deberían estar más al alcance de los profesionales y los responsables del sector sanitario. ■

*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.
Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

JORNADA

Medical Economics



La realidad de la nutrición en el anciano

**Colegio Oficial
de Médicos de Badajoz**

Avda. de Colón, 21

Badajoz, 21 de octubre de 2009

Con la colaboración de



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

Información e inscripción: Aída González
Tel.: 91 500 20 77 • info@medeco.es

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  **Salvat**
800 80 55 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo: Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decubito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hipertensión:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona], rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucémicos orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámda. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepressivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotensión. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/100); poco frecuentes (1/1.000, <1/1000); muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Sincope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente pospuesta entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso si no se ha observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraña, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombotocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistólica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento: Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Rojo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 – 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

	Valsartán (mg)					
	0	40	80	160	320	
(% de pacientes que experimentaron edema periférico)						
Amlodipino (mg)	0	3,0	5,5	2,4	1,6	0,9
	2,5	8,0	2,3	5,4	2,4	3,9
	5	3,1	4,8	2,3	2,1	2,4
	10	10,3	NA	NA	9,0	9,5

BIBLIOGRAFÍA: 1. ESH-ESC Guidelines Committee, The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability an Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan Compared with Lisinopril Plus Hydrochlorothiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. Clin Ther. 2007; 29: 279-289. 3. Smith et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. J Clin Hypertens. 2007; 9: 355-364.



Club Médico

Informativo

CLUB MEDICO: Leganitos, 35-28013 MADRID-TELS. 91 5410279-91 5481866 Fax: 91 5410009-Email: club-medico@arrakis.es Web: www.club-medico.com

ACTIVIDADES

- **Vacaciones Otoño**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Politours Viajes**
- **Pullmantur Cruceros**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**

Grandes Viajes 2009 2010

OTOÑO INVIERNO



THAILANDIA al COMPLETO
15 días/12n, salidas Jueves desde..... 1.263 €



JORDANIA y MAR ROJO
9 días/7n, salidas Sábados desde..... 890 €



MÉXICO
9 días/7n, salidas diarias desde..... 840 €



CANADÁ Ruta del Este
9 días/7n, salidas Domingos desde..... 995 €



VIETNAM/CAMBOYA
15 días/12n, salidas Martes desde..... 2.375 €
13 días/10n, salidas Sábados desde..... 2.290 €



CHINA MILENARIA + GUILIN
15 días/13n, salidas Lunes desde..... 2.090 €



MARAVILLAS de INDIA y NEPAL
14 días/12n, salidas 24.9 a 4.10 desde..... 2.090 €



ARGENTINA
12 días/9n, salidas diarias desde..... 1.945 €

Información y Reservas en su Agencia de Viajes



Con la garantía

POLITOURS

www.politours.com

Precio base por persona en habitación doble, válidos para determinadas fechas. Incluye: Vuelos especiales o regulares desde Madrid ó Barcelona, traslados, estancia en hotel y régimen indicado, visitas y excursiones según itinerario. No incluye: Suplementos por temporadas, tasas aéreas o de aeropuerto, visados, propinas, bebidas. Consultar otros programas, categorías de hoteles y sptos. por otros conceptos, así como suplementos por salidas desde otros aeropuertos, o con otras clases de reserva u otras compañías. Programas sujetos a mínimo de participantes. Plazas limitadas. Promoción no acumulable a otros descuentos y ofertas. Consultar condiciones generales y detalles en los folletos Generales. CAA-19.

pullmantur

Playa: (del lat. *plagiā*.)

1. f. Ribera del mar o de un río grande, formada de arenales en superficie casi plana.
- || 2. Paraíso frente al mar del que es posible disfrutar con un Crucero Pullmantur.

Adelántate
al invierno

Salida 7, 14, 21, 28 noviembre

ESTELA DEL CARIBE

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque **PACIFIC DREAM**

DESDE SÓLO

638€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Tasas no incluidas (180€ Tasas de puerto / aeropuerto por persona y 65€ tasas de servicio a pagar a bordo por persona).



Un Crucero **Pullmantur** es sano por definición.

Queremos ser la parte más relajante de tu vida.
Sumérgete en la experiencia Pullmantur.
Disfruta de un merecido descanso en tus vacaciones.

Reserva ya tu crucero Pullmantur. Consulta en tu agencia de viajes.

www.pullmantur.es



Residencial Club Médico

¿QUIERES UNA VIVIENDA EN LA PLAYA ?

EN BENIDORM primer centro turístico del Mediterráneo, en la Playa de Poniente y junto a la Ciudad Jardín, se encuentra el Residencial Club Médico que , al igual que las otras construcciones del Club: Torre Galeno, Urbanización Club Médico, Edificio Nautilus, Residencial Las Viñas, etc., añade a su inmejorable situación, un ambiente de agradable convivencia y cálida amistad.

PROMOCIÓN DE VENTA

VIVIENDAS JARDÍN A ESTRENAR

- ❖ Apartamentos de 50 y 75 m²
- ❖ Urbanización privada con vistas al mar
- ❖ Piscina para adultos y niños
- ❖ Grandes zonas verdes y parque infantil
- ❖ Amplios aparcamientos
- ❖ Construcción de 1^a calidad
- ❖ Los apartamentos están totalmente equipados con: Frigorífico, Lavadora, Lavavajillas, Calentador, Aire Acondicionado frío y calor, Vitrocerámica, Horno, Toma de Teléfono, Termostática en Baño, etc.



SOLICITE MÁS INFORMACIÓN A:

CLUB MÉDICO

Leganitos, 35-2º - 28013 Madrid

Teléfono: 91 5590758

Email: club-medico@arrakis.es

ESCÁPESE... con Medical Economics

Con la colaboración de
pullmantur



Certamen de Artículos 2009

Escriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics*, en colaboración con Pullmantur, le enviará de vacaciones.

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

❖ **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

❖ **¿Qué hay que enviar?** Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.

❖ **¿Sobre qué se puede escribir?** Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

❖ **¿Cómo participar?** Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*. Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

❖ **¿Dónde enviar su artículo?** Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección: medeconomics@drugfarma.com*

❖ **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

*Consulte las bases del certamen en www.medeco.es



¿Cómo pueden detectar una depresión los médicos de Primaria?

— Es imposible ayudar a los pacientes deprimidos a menos que seamos conscientes de su enfermedad. Las exploraciones rutinarias son el primer paso.

Por Y. Pritham Raj

Tanto si se emplea para referirse a un período de baja actividad económica general, o al diagnóstico médico, la palabra “depresión” es sinónimo de tristeza. La depresión es una de las causas principales de bajas laborales en Estados Unidos, la segunda en nuestro país y la cuarta causa más importante a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud. Se prevé que esta clasificación, que incluye indicadores de muerte prematura, suba puestos a lo largo de próxima década¹.

La tasa de prevalencia de un año de depresión grave en los Estados Unidos es alta, con cifras que van del 5 al 10 por ciento de adultos de entre 18 y 54 años². Los datos fueron recogidos de dos estudios que sentaron precedente en Estados Unidos: el estudio realizado a principios de los años ochenta por el Área de Captación Epidemiológica y la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los años noventa. Un indicativo más reciente proviene de Medco, gerente de beneficios de recetas médicas, que calcula que en 2006, el 11 por ciento de los adultos menores de 44 años, o lo que es lo mismo, 12 millones de norteamericanos, recibió al menos una receta de antidepresivos³.

Es importante recordar, sin embargo, que la depresión es una enfermedad con diferentes niveles, siendo la depresión grave sólo una parte de la triste historia. Y, mientras la tasa de prevalencia de depresión colectiva no eclipsa el 16 por ciento de prevalencia de los desórdenes de ansiedad², las dos enfermedades a menudo están interrelacionadas, sumándose a la carga económica de la enfermedad. Aproximadamente un tercio de los pacientes que han acudido al médico por ansiedad tendrán que luchar con la depresión en algún momento de sus vidas. Muchos de ellos nunca serán atendidos por un profesional de la salud mental. Pero la gran mayoría sí entrará en contacto con médicos de

Atención Primaria⁴, cuya capacidad para ayudar al paciente dependerá de su conocimiento sobre qué buscar y qué decirles a los pacientes.

¿Por qué buscar la depresión?

De generación en generación, muchas enfermedades se han disputado el título de “gran farsa”, con sífilis, lupus y VIH a la cabeza. En la actualidad, sin embargo, la depresión es una competidora formidable. Mientras que para un médico de Atención Primaria es posible realizar un diagnóstico claro, los indicios y síntomas de la depresión son a menudo sutiles, y están cubiertos por síntomas de enfermedades orgánicas y de síndromes médicos, como el más común, dolor de espalda crónico. De acuerdo con un estudio canadiense, el dolor de espalda

Nemotecnia de la depresión

Además de un humor deprimido durante la mayor parte del día y casi todos los días durante dos semanas, por consideración objetiva o subjetiva, los criterios característicos de la depresión están representados por:

- Sueño (insomnio o vigilia)
- Ausencia de interés por las cosas
- Culpabilidad (incluye la sensación de inutilidad)
- Pérdida de energía
- Concentración (escasa)
- Apetito (pérdida o aumento del 5 por ciento sobre punto de partida en un mes)
- Retraso o agitación psicomotriz
- Ideas de suicidio/pensamientos de muerte

es el indicador individual más claro de la depresión grave, incluso después de haberse ajustado a la comorbilidad, el perfil demográfico y otros factores⁵.

En determinados grupos étnicos, y sobre todo entre pacientes descendientes de Asia y África, la depresión se describe en términos de enfermedad física, en lugar de como el trastorno

¿Está el Sr. A deprimido? El Sr. A es un hombre viudo de 70 años que presenta tres semanas de sueño escaso, desesperanza e ideas de suicidio. Aunque sólo padece tres síntomas descritos de depresión, de modo que parece que cumple con los criterios de la depresión leve, un tratamiento a tiempo y/o la remisión a psiquiatría pueden estar justificados debido a las considerables preocupaciones de seguridad.

emocional que en realidad es. Los pacientes con síntomas somáticos “falsos” no suelen acudir, por lo general, al psiquiatra, acentuando así la necesidad de que un médico de Atención Primaria busque indicadores de enfermedad depresiva.

Puesto que el viejo refrán “lo sabrás cuando lo veas” no siempre funciona con la depresión, hace falta algo más fiable: una exploración formal. Mientras muchos médicos fuera del área de la salud mental no se deciden a adoptar exploraciones rutinarias, hay indicios de que esta simple intervención mejora los resultados.

Sin embargo, más allá de la cuestión de si explorar o no rutinariamente a los pacientes en Atención Primaria, reside otra: cómo abordar este asunto que genera un considerable debate social.

Un instrumento sólidamente establecido de exploración es el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)⁶, que también puede resultar útil para realizar un diagnóstico formal y validado, según sea necesario, una entrevista independiente y estructurada con un profesional de salud mental. Un PHQ-9 con un resultado de al menos 10 cuenta con un 88 por ciento de posibilidades de padecer depresión grave. Una vez que se ha iniciado el tratamiento, la puntuación puede utilizarse como punto de referencia para medir la respuesta del paciente en visitas posteriores.

Las consultas de Atención Primaria que en EEUU utilizan el PHQ-9 de manera rutinaria pueden encontrar útil que una enfermera pida a los pacientes que completen el cuestionario antes de que el médico entre en la sala. Cuando el tiempo es especialmente limitado o hay muy pocas razones para sospechar que un pa-

ciente sufre depresión, es posible emplear una herramienta más simple pero igual de eficiente: la versión del Cuestionario sobre la salud del paciente PRIME-MD (de dos preguntas) presume de una tasa del 96 por ciento de acierto en la depresión grave⁷. Sólo es preciso realizar dos preguntas:

– ¿Se ha sentido bajo de ánimo, deprimido o desesperado en el último mes?

– ¿Le ha preocupado sentir poco interés o desánimo al hacer cosas en el último mes?

Una evaluación más profunda será necesaria únicamente si la respuesta para ambas preguntas es sí.

Lo más importante no es el instrumento de exploración que se emplee, sino simplemente escoger una herramienta, —que debería ser una que esté validada— y se utilice bien. Lo ideal sería que fuera una herramienta con la que el médico se sienta lo suficientemente cómodo como para utilizarla con relativa facilidad. Como mínimo, es importante preguntar a todos los pacientes, incluyendo los adolescentes, si se sienten deprimidos.

¿Es depresión o algo más?

Hay nueve criterios oficiales para la depresión, tal y como aparecen codificados en el PHQ-9. Padecer cinco (uno de los cuales es un humor deprimido) durante un período de dos semanas o más supone un diagnóstico de depresión grave. La depresión leve, un diagnóstico que todavía está siendo definido por la Asociación de Psiquiatría Americana, es probable cuando el paciente tiene un humor depresivo consecuente, pero cumple menos de cuatro criterios.

El problema es que hay que confiar en síntomas subjetivos más que en datos objetivos. Por eso, no hay nada que pueda sustituir la revisión visual y la evaluación física de un paciente que parece sufrir depresión. ¿Presenta un estado afectivo triste? ¿Ve usted algún indicio de retraso o agitación psicomotriz? Ambas cosas son claves para un diagnóstico de depresión. Unas buenas técnicas de observación también pueden ayudarle a descartar diagnósticos que forman los criterios exclusivistas de la depresión grave, tal y como se expone en el *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*, 4ª edición, Text Revision (DSM-IV TR). Los principales se exponen a continuación:

Desorden distímico. Este trastorno depresivo crónico, aunque menos grave, es más complicado de diagnosticar que la depresión grave. Su síntoma principal es el humor deprimido casi todo el día y durante la mayoría de los días,

durante al menos dos años (en adultos); o, en el caso de niños y adolescentes, un humor deprimido o irritable durante al menos un año, sin ataques de depresión grave durante ese tiempo. La tasa de prevalencia estimada de un año es de 1,6 por ciento². Sin embargo, se cree que esto es subestimar el problema, ya que muchos pacientes con distimia nunca buscan un tratamiento y simplemente ven sus síntomas, no como patológicos, sino como un modo de vida. La “depresión doble”, un trastorno de depresión grave sobrepuesto a la distimia, que subyace a menudo encubre el desorden distímico. De hecho, hay indicios de que alrededor del 25 por ciento de los pacientes recién diagnosticados con un desorden de depresión grave han tenido síntomas durante al menos dos años, lo que sugiere que padecen distimia⁸.

Trastorno afectivo bipolar. En Estados Unidos las autoridades sanitarias han informado de que hasta un 30 por ciento de los pacientes de Atención Primaria que son tratados por depresión y/o ansiedad tienen en realidad un trastorno bipolar subyacente, uno de los trastornos psiquiátricos más importantes que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar a un paciente deprimido. Alguien con un trastorno afectivo bipolar puede parecer muy deprimido. En el año 2000, el 60 por ciento de los pacientes bipolares fueron mal diagnosticados con una depresión unipolar.

Y un mal diagnóstico es un problema serio: cuando se recetan antidepresivos en lugar de estabilizantes del humor más adecuados, hay hasta un 35 por ciento de posibilidades de que los medicamentos provoquen síntomas maníacos¹⁰. Al igual que ocurre con la depresión grave, es menos importante la manera en la que se detecta un trastorno bipolar que tomar medidas para descartarlo antes de tratar a un paciente por depresión. Una herramienta valiosa es la Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar (BSDS)¹¹.

Abuso/dependencia de estupefacientes. Muchos medicamentos ilícitos y recetados están asociados a toxicidades y síndromes de abstinencia que pueden enmascarar la depresión. Es importante detectar y tratar los trastornos de adicción antes de recetar antidepresivos, que podrían empeorar a un paciente que abusa del alcohol o las drogas.

Pesar. La tristeza y el pesar son reacciones normales a la muerte o a otras pérdidas importantes, pero cuando los síntomas persisten después de dos meses más o menos, es momento de considerar si el paciente está deprimido. Esto

no quiere decir que exista una línea temporal concreta y firme con un día en el que se supone que la tristeza desaparece por completo, pero el pesar prolongado puede ser un indicio de una enfermedad depresiva.

Trastornos cognitivos. Los cambios cognitivos pueden ser un resultado directo de la depresión o de otro desorden del humor grave. Pero la seudodemencia, nombre con el que se conocen dichos cambios, sólo debería considerarse después de que se hayan descartado otros trastornos cognitivos como la demencia o el delirio, que pueden ocultar la depresión.

Las enfermedades también desempeñan un papel importante en los criterios de exclusión de la depresión. De hecho, la depresión y ciertas enfermedades mantienen una fuerte relación recíproca. Hay una larga lista de trastornos médicos asociados al aumento de las tasas de depresión, pero se cree que la depresión también contribuye a que se den otras enfermedades. En un reciente estudio británico, se descubrió que 14 trastornos físicos además de la obesidad resultaron ser considerablemente más comunes en pacientes con depresión recurrente. Después de controlar el índice de masa corporal (IMC), la edad y el género, los investigadores descubrieron que la depresión conllevaba seis enfermedades: úlcera gástrica, asma, rini-

¿Está la Srta. B deprimida? La Srta. B tiene 23 años y está perdiendo peso y está teniendo problemas para ocuparse de sus estudios y del trabajo. Por la mañana se levanta temprano y ha perdido el interés por sus pasatiempos favoritos. También se ha sentido muy cansada. Aunque la Srta. B puede tener un desorden alimenticio o una adicción a la drogas (ambos deberían ser valorados), sus síntomas encajan en los criterios de un ataque de depresión grave de tipo melancólico.

tis, hipertensión, enfermedad tiroidea y artritis reumatoide.

La conexión entre la depresión y otras enfermedades hace que a veces sea muy difícil realizar un diagnóstico “puro” para ambas. Los pacientes con una variedad de cánceres, enfermedades infecciosas (especialmente VIH), trastornos reumatológicos e incluso enfermedades cardiovasculares tienen a veces síntomas depresivos. Sin embargo, las endocrinopatías se encuentran entre las enfermedades más estrechamente relacionadas con la depresión, tal vez debido al hipercortisolismo que se aprecia en los estados deprimidos. La diabetes ha sido la comorbilidad más referida, pero recientemente,

se ha descubierto una conexión entre las deficiencias de la testosterona¹³ y de la vitamina D y la depresión.

Para asegurarse de que las causas orgánicas de la depresión no se pasan por alto, se recomienda llevar a cabo varias pruebas de laboratorio. Medir el nivel de glucosa en sangre para la diabetes, un análisis químico básico para comprobar anormalidades en los electrolitos y posibles indicios de problemas suprarrenales, una prueba de la función del tiroides y una exploración de anticuerpos del VIH. Otras pruebas deberán basarse en los síntomas: un control de hemoglobina/hematocrito para la anemia, por ejemplo, para un paciente que se queja de fatiga, y controles centrados en los niveles de testosterona y vitamina D¹⁴.

El ejercicio como tratamiento de primera elección

Más allá de poder detectar la depresión, todos los médicos de Primaria deberían sentirse cómodos a la hora de iniciar el tratamiento. La psicofarmacología presume de una tasa de eficiencia del 60 al 80 por ciento y por lo general está considerada como una terapia de primera elección, dado su rápido tiempo de respuesta¹⁵. Es importante llevar a cabo un control rápido de los síntomas depresivos debido a diferentes razones. Por un lado, cuanto más tiempo tarde el tratamiento por depresión en aliviar los síntomas, más bajas serán las posibilidades de remisión.

Además, los indicios sugieren que cuanto más largo sea el episodio de depresión y el período total de la misma mayor es el riesgo de deterioro cognitivo, entre otros problemas¹⁶. Aún hay otro tratamiento que los médicos de Atención Primaria pueden emplear antes: el ejercicio.

Proporcionar antidepresivos antes de hablar del ejercicio es lo mismo que dar a un paciente con tolerancia a la glucosa reducida un medicamento contra la diabetes antes de ofrecerle un asesoramiento nutricional estándar.

En el estudio Smile (Ejercicio a Largo Plazo e

Intervención Médica Estándar) donde se compara la medicación con el ejercicio (utilizando una bicicleta estática, caminando o haciendo *jogging* durante 30 minutos tres veces por semana) para pacientes que no hacían ejercicio. La tasa de remisión de la medicación fue del 65,5 por ciento, similar al 60,4 por ciento de los pacientes que hacían ejercicio, aunque la medicación¹⁷ (sertralina) resultó ser ligeramente más rápida en alcanzar la remisión. Los estudios de continuación a un plazo más largo confirmaron los beneficios duraderos del ejercicio y su efectividad como tratamiento primario para la depresión¹⁸.

Cuando la medicación es necesaria, la elección de un antidepresivo puede llegar a ser una tarea abrumadora para un médico sin formación psiquiátrica. Aunque hay excelente bibliografía sobre este tema¹⁹, los resultados de la prueba del antidepresivo más importante hasta la fecha, el estudio STAR*D (Alternativas Secuenciadas de Tratamiento para Aliviar la Depresión), se encuentran entre los mejores. Los dos primeros niveles de la prueba STAR*D demostraron que incluso si un paciente no alcanzaba la remisión con el tratamiento inicial con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), no había una diferencia real en la tasa de remisión cuando fue sustituido por otro antidepresivo, sin tener en cuenta la clase de antidepresivo que se utilizó. La segunda fase examinó las estrategias para aumentar la monoterapia con un ISRS, y se encontraron tasas de eficiencia similares con un segundo antidepresivo o una segunda terapia cognitiva²⁰.

En la práctica, si los pacientes no muestran al menos un 30 por ciento de mejora en los síntomas con una medicación tomada a una dosis máxima durante cuatro semanas o más, es el momento de plantearse un cambio de medicamentos. Si la medicación logra un 30 por ciento de mejora, pero los molestos síntomas depresivos continúan, es el momento de pensar en un aumento. Una buena regla general, pues, para un médico de Atención Primaria: escoja un antidepresivo cualquiera para comenzar; si no funciona, cambie de medicamento o añada una medicación de otro tipo.

En 2004, la FDA añadió una advertencia en los antidepresivos para los pacientes menores de 18 años, con respecto al riesgo de suicidio. En 2007, la FDA la amplió advirtiendo contra pensamientos, preparativos e intentos suicidas reales, nuevos o acrecentados a pacientes alrededor de los 24 años. Aunque no ha habido ningún suicido directamente relacionado con



A menudo los médicos sin información en psiquiatría dudan a la hora de recetar algunos fármacos.

la terapia de antidepresivos en Estados Unidos, la preocupación ha provocado una disminución en las recetas por parte de los médicos de Atención Primaria.

También hay opciones para los pacientes que prefieren una terapia alternativa: dos de las hierbas y suplementos mejor estudiados son la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) y el *chromium picolinat*²². Se ha demostrado que la hierba de San Juan resulta útil para aliviar la depresión leve y moderada; sin embargo, puede limitar la efectividad de algunos medicamentos recetados, como la píldora anticonceptiva, la digoxina y los anticoagulantes al igual que los antidepresivos. En otros estudios experimentales se ha descubierto que el *chromium* tiene beneficios metabólicos y en el humor en los pacientes con depresión atípica²³.

Suspender el tratamiento

¿Cuánto tiempo debería durar el tratamiento de un paciente con depresión? ¿Cuándo es aconsejable una remisión? Aunque no existan respuestas rápidas e irrefutables, sí hay una regla general: dada la disminución en la eficacia del medicamento, tan claramente demostrada en las últimas fases de la prueba STAR*D, los pacientes que fracasan en la prueba de dos o tres antidepresivos deberían ser remitidos a un psiquiatra. A menudo, los médicos sin formación psiquiátrica dudan a la hora de recetar medicamentos como el litio y los antipsicóticos, que entre otros, resultan a menudo efectivos.

Pero no hay que limitar las remisiones únicamente a la necesidad de farmacoterapia. La psicoterapia, o las terapias de "conversación" son extremadamente útiles para algunos pacientes deprimidos si se cuenta con los medios y las ganas. Un inconveniente, sin embargo, es que la psicoterapia, cuando se aplica sola, por lo general precisa de más tiempo para llegar a controlar los síntomas que cuando se aplica la medicación sola. La mejor opción para la mayoría de los pacientes es combinar la farmacoterapia con la psicoterapia, una estrategia que aprovecha los fuertes beneficios que previenen la recaída.

Cuando la medicación y la psicoterapia fracasan en el control de los síntomas, pueden considerarse la ECT (terapia electroconvulsiva) o tratamientos más novedosos, como la estimulación del nervio vago o la estimulación magnética transcraneal reversible. A pesar de la antigua y negativa descripción de los medios de comunicación y la falta de comprensión de

cómo funciona el "electroshock", la fenciclidina tiene una tasa de eficacia incomparable (históricamente, incluso hasta el 90 por ciento) en el tratamiento de la depresión²⁴⁻²⁶.

Por lo general, es un psiquiatra, no un médico de Atención Primaria, quien identifica la necesidad de una terapia electroconvulsiva. Sin embargo, mucho antes su capacidad para detectar e iniciar un tratamiento, pronto dará a los pacientes deprimidos la posibilidad de una rápida remisión y recuperación. ■

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (3 de junio de 2008).
2. Salud Mental: *Un Informe de un Jefe del Servicio Federal de Sanidad*. www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html (3 de junio de 2008).
3. Carey, B. *La Administración de comida y medicamentos amplía la advertencia de suicidio en los medicamentos*. *New York Times*. 3 de mayo de 2007. www.nytimes.com/2007/05/03/health/03depress.html.
4. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, y otros. *El sistema de servicio de los trastornos mentales y adictivos de facto de Estados Unidos: Área de Captación Epidemiológica futuras tasas de prevalencia para un año de trastornos y servicios*. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:85-94.
5. Currie SR, Wang J. *Dolor de espalda crónico y depresión grave en la población general de Canadá*. *Dolor*. 2004;107:54-60.
6. PHQ-9 (*Cuestionario-9 de Evaluación de Atención Primaria de Trastornos Mentales de la Salud del Paciente*). www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9/questionnaire/ (10 de junio de 2008).
7. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. *Descubrimiento de instrumentos para la depresión: dos preguntas son tan buenas como muchas*. *J Gen Medicina Interna*. 1997;12:439-445.
8. Keller MB, Shapiro RW. *Depresión Doble: sobreposición de ataques depresivos graves en ataques depresivos crónicos*. *Am J Psiquiatría*. 1982;139:438-442.
9. Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. *Recetas e impacto del trastorno bipolar: ¿hasta dónde hemos llegado en verdad? Resultados de la Encuesta del año 2000 de Individuos con Trastorno Bipolar de la Asociación Nacional Depresiva y Maníaco-Depresiva*. *J Clin Psiquiatría*. 2003;64:161-174.
10. Altshuler LI, Post RM, Leverich GS, y otros. *Manía inducida por los antidepresivos y aceleración cíclica: retorno a una controversia*. *Amer J Psiquiatría*. 1995;152:1130-1138.
11. BSDS (Escala de Diagnóstico del Espectro Bipolar). www.psycheducation.org/depression/BSDS (3 de junio de 2008).
12. Farmer A, Korszun A, Owen MJ, y otros. *Trastornos médicos en personas con depresión recurrente*. *British J Psiquiatría*. 2008;192:351-355.
13. Morsink LF, Vogelzang N, Nicklas BJ, y otros. *Relaciones entre los niveles de la hormona esteroide y los síntomas depresivos en los hombres y mujeres de la tercera edad: resultados del estudio ABC de la Salud*. *Psiconeuroendocrinología*. 2007;32:874-83.
14. Hoogendijk WJG, Lips P, Dik MG, y otros. *La depresión está relacionada con una disminución de la 25-hidroxil vitamina D y un aumento de los niveles de la hormona paratiroidea en ancianos*. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:508-512.
15. Joffe R, Sokolov S, Streiner D. *Tratamiento con antidepresivos para la depresión: un meta-análisis*. *Can J Psiquiatría*. 1996;41:613-616.
16. Sheline YI, Sanghavi M, Mintun MA, y otros. *La duración de la depresión, no la edad, predice la pérdida de volumen hipocámpal en mujeres médicamente sanas con depresión grave recurrente*. 1999. *J Neurosci*. 1999;19:5034-5043.
17. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, y otros. *Efectos del entrenamiento físico en pacientes mayores con depresión grave*. *Arch Medicina Interna*. 1999;159:2349-2356.
18. Mann JJ. *La gestión médica de la depresión*. *N Engl J Med*. 2005;353:1819-1834.
19. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, y otros. *Bupropion-SR, sertralina o venlafaxina-XR después del fracaso del ISRS para la depresión*. *N Engl J Med*. 2006;354:1231-1242.
20. Trivedi MH, Fava M, Wisniewski SR, y otros. *Aumento de los medicamentos tras el fracaso. Del ISRS para la depresión*. *N Engl J Med*. 2006;354:1243-1252.
21. Jick H, Kaye JA, Jick SS. *Los antidepresivos y el riesgo de los comportamientos suicidas*. *JAMA*. 2004;292:338-343.
22. Institutos Nacionales de Salud. Centro de Medicina Complementaria y Alternativa. *Un vistazo a las hierbas. La hierba de San Juan. Publicación NCCAM N° D269*. Actualizada en marzo de 2008. nccam.nih.gov/health/stjohnswort/ (18 de junio de 2008).
23. Doherty JP, Sack DA, Roffman M, y otros. *Una prueba exploratoria sin conocer las características y con placebo controlado de chromium picolinate en depresión atípica: efecto en la necesidad de carbohidrato*. *J Consulta de Psiquiatría*. 2005;11:302-314.
24. Kalinowsky LB, Hoch Ph. 1952. *Tratamiento de shock, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en psiquiatría*. Nueva York: Grune & Stratton.
25. Rosenquist PB, Brenes GB, Arnold EM, y otros. *La calidad de vida relacionada con la salud y la práctica de la terapia electroconvulsiva*. *J ECT*. 2006;22:18-24.
26. Frederikse M, Petrides G, Kellner C. *Continuación y mantenimiento de la terapia electroconvulsiva para el tratamiento de la enfermedad depresiva: una respuesta del Instituto Nacional al Informe de Excelencia Clínica*. *JECT* 2006; 22: 13-17.

El papel del médico de familia ante la depresión

Por José Manuel Benítez Moreno*



conciencia de padecer un trastorno mental o se niega a aceptarlo, especialmente si éste se manifiesta con predominio de síntomas físicos, de entre los que destaca por su alta frecuencia el dolor. El test de Madison puede ayudarnos a esclarecer la naturaleza psicógena del mismo.

En la depresión se produce una merma en la capacidad de respuesta al estrés sostenido,

responsable en gran medida de la aparición de daños neuronales, muchos de ellos reversibles con un tratamiento adecuado. La consecuencia es una amplia gama de síntomas que giran en torno a funciones ligadas a la vida instintiva o pulsional: sueño, alimentación, sexualidad, relación e instinto de conservación, áreas éstas que deberán ser exploradas por el médico.

Existen sobradas evidencias de la eficacia del tratamiento farmacológico y de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la depresión. Los antidepresivos ISRS y los ISRSN (venlafaxina y duloxetina), de fácil manejo, pueden tener un efecto neuroprotector sobre los cambios neurobiológicos, por lo que resulta inexcusable demorar el inicio del tratamiento, que se mantendrá al menos durante 6 meses tras la remisión, 12 si es el segundo episodio, y 24 si ha

habido más de dos episodios previos. La disparidad de síntomas con que se expresa la depresión en la infancia y la adolescencia dificulta su detección y su tratamiento. Se recomienda tratar la depresión leve-moderada en estas edades con TCC, acompañada de medicación cuando no se observe respuesta o la depresión sea grave. En menores, la fluoxetina ha demostrado mayor seguridad (seguida de sertralina y citalopram). Se aconseja un seguimiento exhaustivo del menor para detectar cualquier atisbo de idea suicida o de efectos adversos, la polémica suscitada al respecto sigue abierta: el uso de antidepresivos puede aumentar las conductas suicidas; pero, su abandono coincide con un repunte del número de suicidios. Hay quienes señalan que lo prioritario es diagnosticar y tratar la depresión en estas edades, pues probablemente el beneficio supere al riesgo.

Ante todo paciente con depresión hay que descartar una causa médica que la justifique. Hecho esto, el diagnóstico diferencial se establecerá con otros trastornos mentales, y en especial, con los trastornos de ansiedad, a menudo comórbidos con la depresión. Una respuesta terapéutica prematura o espectacular debiera hacernos pensar en la posibilidad de hallarnos ante un trastorno bipolar.

Para todo ello, el médico cuenta, desde siempre, con un instrumento muy eficaz, dotado de un valor terapéutico no desdeñable: la entrevista clínica, en la que nunca ha de faltar la observación detallada y la escucha activa, y que no debiera ser sustituida por ninguna batería de cuestionarios al uso. ■

La depresión, enfermedad crónica con una base biológica, constituye la expresión de un desajuste en la comunicación neuronal, intrapersonal e interpersonal. Su creciente prevalencia la convierte en un problema de salud de primer orden. La peor de sus consecuencias es el suicidio (anualmente se producen unos 58.000 en la Unión Europea, superando a las muertes producidas por accidentes de tráfico, homicidios o sida). El diagnóstico y el tratamiento tempranos de esta enfermedad pueden prevenir gran parte del sufrimiento que comporta.

La depresión puede producir mayor deterioro del estado de salud que otras patologías crónicas habituales en Atención Primaria. El médico de familia suele sentirse más cómodo manejando patologías consideradas estrictamente médicas, y a menudo el paciente no tiene

Tú y , el mejor equipo

para una

Jubilación Olímpica

La mejor combinación para cada edad y situación

PIAS GARANTÍA

Asegura una Renta Vitalicia con el mejor tratamiento fiscal. ①

2,42% interés garantizado + 90% de los beneficios que excedan

Plan Individual de Ahorro Sistemático

PIAS INVERSIÓN

Obtenga una Renta Vitalicia con el mejor tratamiento fiscal. ①

Vincula sus aportaciones a diez Fondos de Inversión a elección.

Plan Individual de Ahorro Sistemático

PSN RENTABILIDAD CRECIENTE PPA

Garantizado ②

Con el Plan de Previsión Asegurado PSN, su jubilación siempre gana.

Beneficios Asegurados

PLAN INDIVIDUAL DE PENSIONES

Rentabilidad/Riesgo: ②

Medio-Alto

Peso/Perfil:

Hasta 40 años	40 a 60%
De 40-50 años	30 a 40%
De 50-60 años	15 a 25%
Más de 60 años	0 a 20%

Para emprendedores

PLAN ASOCIADO DE PENSIONES

Rentabilidad/Riesgo: ②

Medio-Bajo

Peso/Perfil:

Hasta 40 años	10 a 25%
De 40-50 años	20 a 30%
De 50-60 años	30 a 40%
Más de 60 años	40 a 60%

Para prudentes



1* Los rendimientos de los PIAS son libres de impuestos, cumpliendo los requisitos de la Ley IRPF 35/2006

2* PPA y Planes de Pensiones deducibles en IRPF, en condiciones delimitadas por Ley IRPF 35/2006

Solicite más información a su Asesor PSN o en el 902 100 062

Asistir al paciente o cuidar a la persona



El autor reflexiona sobre si los resultados clínicos están alineados con los resultados del bienestar de la persona y sus expectativas de felicidad.

Por Luis Silva*

Desde la evidencia del sentido común de los macro-economistas, parto de la necesidad de pensar en alto sobre valores para el bienestar. Valores que fraguan personas con valores, que cuidan a personas con valores, donde cabemos todos.

Algo así como: yo te cuido cuando lo necesitas y tú me cuidas cuando lo preciso.

Para comprobar lo que otros han dicho sobre este particular, acudo al recuerdo de la experiencia vital de mis mayores: unos bisabuelos de mi querida Galicia, gente humilde y sana de montaña, de diálogo y de dietas saludables, que aunque no sean mediterráneas sí eran adecuadas para su modo de vida y clima-

toología, que superaban los mil kilómetros de paseo anuales, curtidos por el viento; que se dormían tras la caída del sol y se levantaban temprano, de buena mañana; que ahorraban para enfrentarse a la mayor contingencia vital: la pérdida de la calidad de vida. Y también al de otros tantos bisabuelos, éstos personas influyentes y acomodadas, que diariamente se bañan en la playa de Riazor.

Todos ellos, humildes y poderosos, acuden a médicos vocacionales, líderes respetados de sus mini-sociedades, quienes les palpan y les dan una palmada en la espalda, deseándoles ánimo, y les transmiten su confianza y su prueba de confianza con credibilidad, sin la existen-

cia de juicios legales porque asumen que —como humanos que son— pueden equivocarse.

Cedo la responsabilidad de mi salud a terceros; y es curioso, ya que se trata de mi mayor responsabilidad y sin ella no puedo asumir otras responsabilidades esenciales que me corresponden, y para las que también necesito tiempo. Al fin y al cabo, el tiempo es una medición de mi ciclo de la vida.

Entiendo y comprendo que al tratarse de valores no hay negociación pero, si esto es lo que me ocurre, ¿tendré entonces que reinventarme?

Tanto ahora, en 2009, como a través del desarrollo de mi ejercicio profesional, más de 20 años como consultor de gestión de seguros y servicios de salud, finanzas y también como paciente, y después de observar, participar, diseñar, gestionar y actuar, según los cometidos de mi actividad profesional, me permito sugerir algunas reflexiones finales.

1 Me pregunto si los procesos de comunicación y de operaciones de cuidados son los adecuados y si se centran en la persona, si están compensados los recursos socio-sanitarios con los recursos sanitarios y la tecnología, si los resultados clínicos están alineados con los resultados del bienestar de la persona y sus expectativas de felicidad, si los planes de formación se orientan hacia el cuidado de las personas, y si hacemos lo que está de nuestra parte para reinstaurar ¿regresivamente? el respeto mutuo y la palabra en nuestro marco de convivencia.

2 Los modelos de negocio, y también los del bienestar, pueden reinventarse para dejar de ser miopes y cortoplazistas y frenar así las actuaciones especulativas que imposibilitan el reconocimiento del otro. Algunos autores comentan que entre todos hemos creado un modelo de vida bajo presión para niños, adultos y mayores, que mina nuestra calidad vital y merma los valores que salvaguardan nuestro bienestar personal, provocando —como he escuchado de algunos profesionales y colegas— “enfermedades del alma que no curan los médicos”. En una medicina defensiva, de comunicación asimétrica, que valora al profesional especialmente por estar al día en cuanto a conocimientos, tecnología y prestación de un servicio de la máxima calidad con eficiencia y humanidad, ¿dónde encuentra el profesional asistencial y médico su estímulo?, ¿tal vez en los congresos?, ¿o bien en el extranjero?

3 En cuanto al término Responsabilidad Social Corporativa, observamos que hay pocos médicos laborales y que las empresas —salvo las grandes— en la mayoría de los casos

no lideran la responsabilidad social presumible para con sus empleados e indirectamente para las familias de estos. Aquí baste simplemente compararnos con la del resto de los países de la Europa del noroeste para saber que tenemos una asignatura pendiente.

4 En cuanto a la financiación del sistema: si la Caja de Economía se vacía por la deuda, sólo nos queda ahorrar, como lo hicieron nuestros abuelos, para enfrentarnos a nuestras contingencias vitales y —cualquiera que sea el gestor del riesgo— esperar que el sistema sea sostenible gracias a la mejora de la productividad y no al incremento del gasto público que mine la productividad global.

“ Me pregunto si los procesos de comunicación y de cuidados son los adecuados y si se centran en la persona ”

5 Me pregunto si no sería más adecuado reducir las jornadas de trabajo y adaptarse a los ritmos de producción y niveles de servicio, antes que destruir empleo —y también contribuyendo con ello un poco a la felicidad de la persona—, evitando así que aumenten las “enfermedades del alma”. Un alto coste para todos, no sólo para la empresa, costes insostenibles en el medio plazo. Hagamos todos los números de la contabilidad nacional para ser conscientes del impacto y del coste de oportunidad de disponer de recursos ociosos, de gran valía, si están adecuadamente motivados, se les trata bien y se contribuye decisivamente a su bienestar.

6 Mientras tanto, con presentarse al MIR se puede empezar la especialidad sin ponencia, aunque no sea de la especialidad que le guste. Y las constructoras, las inmobiliarias y los servicios auxiliares que generan, daban empleo a muchísimas personas. Sabemos que alrededor de cada nuevo hospital se crea un vergel de riqueza donde se ubican viviendas, servicios auxiliares, centros de intercambio de conocimiento, motivos de visita del ciudadano y profesionales, y gasto privado que dinamiza la economía. Si a Europa solo le queda el conocimiento... creemos riqueza para todos, a través de —y para— el bienestar.

¿A reinventarse toca! ■

Gestión en Atención Primaria

Los médicos que no amaban los hospitales



Joan Gené Badia*

» Las patologías crónicas se han convertido en el principal problema de salud y son las máximas responsables del consumo sanitario.

» Es preciso reformar el sistema sanitario para orientarlo hacia las necesidades de los ciudadanos y menos a responder la demanda de asistencia y a aumentar la rentabilidad.

El sistema sanitario español es uno de los más eficientes de Europa, destaca por su equidad, su estructura descentralizada y por la buena evolución de los indicadores sanitarios. Ha mejorado en resultados a pesar de mantener, hasta este momento, un coste inferior al de sus vecinos comunitarios. La esperanza de vida de los españoles nacidos en 2005 es de 80,4 años, frente a los 79,7 años de los europeos. Sin embargo, el aumento de la población y su envejecimiento, han disparado la demanda de atención sanitaria. Cada español realiza actualmente casi diez vistas ambulatorias al año, cuando los ciudadanos europeos consumen menos de siete. En consecuencia, el coste, hasta el momento moderado, está experimentando una pendiente de crecimiento similar a la de los países más ricos. Precisamente, la financiación y la creciente insatisfacción de los profesionales son los principales motivos de preocupación de los responsables sanitarios.

Las autoridades autonómicas son conscientes de la necesidad de cambio, pero parece que no tienen tiempo para aplicarlo. Deben estar demasiado ocupados atendiendo el día a día. El informe *Atención Primaria Siglo XXI* del Ministerio de Sanidad analizó cuidadosamente la situación española e hizo unas propuestas que se debatieron en la Conferencia de Presidentes celebrada en 2005. Concluyeron, en coherencia a las directrices de la OMS, que la sostenibilidad del sistema pasaba por potenciar la atención primaria de salud. El reciente Informe *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas*, aparecido en 2009, muestra claramente que este cambio no se ha producido. España per-

siste a la cola de la Unión Europea de los 15 en términos de gasto sanitario por habitante, tanto global como de Atención Primaria. La proporción destinada a Atención Primaria ha permanecido estable, con una tendencia al descenso desde 2003. La brecha entre el gasto hospitalario y el de Atención Primaria ha ido ensanchándose, especialmente en los dos últimos años por un incremento real superior al 10 por ciento del gasto hospitalario.

A menudo se plantea un debate erróneo entre quienes están a favor o en contra de los hospitales o de la Atención Primaria. Las patologías crónicas se han convertido en el principal problema de salud y son las máximas responsables del consumo sanitario. Sin embargo, nuestro sistema sigue orientado a la patología aguda. Entendemos la Atención Primaria como la puerta de entrada, el hospital como el centro de la asistencia y el sociosanitario como la salida. En el Reino Unido el 70 por ciento de los pacientes crónicos que acudían repetidamente a urgencias y que reiteradamente ingresaban, no eran ni conocidos ni seguidos por sus médicos de familia. Nosotros ni siquiera disponemos de indicadores para valorar la atención a la cronicidad. La presión a urgencias se interpreta como una falta de "resolución" de la Atención Primaria y no como una incapacidad del sistema para responder adecuadamente a las nuevas necesidades de los ciudadanos.

Los enfermos crónicos y complejos, cada vez más prevalentes, únicamente son abordables desde una política de integración asistencial de los servicios, aprovechando las nuevas tecnologías, utilizando las nuevas profesiones sanitarias y creando nuevos servicios en la comunidad. Los hospitales de agudos se han



apoderado rápidamente de este discurso de la integración, pero lo han utilizado para aumentar su ámbito de influencia promoviendo la integración vertical. Empezaron absorbiendo los especialistas del primer nivel y posteriormente los propios equipos de Atención Primaria mediante la denominada gerencia única. Buscan una economía de escala para sus servicios diagnósticos y un control de la gestión de flujos de pacientes que les permita mejorar la eficiencia de sus servicios. Avanzando en esta línea y con un total desconocimiento de la comunidad, desean ordenar la atención en el territorio desde los propios servicios del hospital. Crean vías clínicas basadas en órganos y sistemas, en lugar de establecer programas para pacientes agrupados por nivel de riesgo. Cualquier jefe de servicio, con un profundo conocimiento de una pequeña porción de su especialidad, se encuentra legitimado para ordenar la atención a todos los pacientes que presenten una patología crónica de su especialidad en el territorio.

El cambio necesario

El lógico rechazo a este tipo de integración por parte de los colectivos de Atención Primaria no ha tenido eco entre los que ostentan el poder en el sector salud. La cultura sanitaria de nuestro país acepta que lo que es bueno para los hospitales también lo es para el sistema, olvidando que estas instituciones únicamente existen para responder a las necesidades de los ciudadanos. Su existencia no es un fin en sí mismo. El hospital quiere tecnología y médicos especialistas mientras que el paciente crónico precisa médicos de familia, enfermeras cualificadas y atención de carácter social. En nuestro contexto, lo que es bueno para el hospital no tiene por qué serlo para los ciudadanos. Precisamos un cambio en el paradigma asistencial. No podemos seguir considerando al hospital como una unidad de negocio, sino que debemos entenderlo como un centro de gasto. Hemos de planificar los servicios partiendo de las necesidades de los ciudadanos y no respondiendo a los intereses de políticos locales y de provee-

dores. Hemos de desplazar el liderazgo que actualmente ostentan políticos y gestores de instituciones sanitarias hacia los profesionales y los pacientes.

Precisamos médicos que no amen a los hospitales, sino a sus pacientes. Existen muchos profesionales de este tipo en el ámbito de Atención Primaria, pero las fuerzas conservadoras del mercado sanitario que desean mantener el mismo consumo de servicios y de medicamentos han conseguido apartarlos de los puestos directivos. Sin embargo, el cambio es posible. Pasa por otorgar el poder de la distribución del presupuesto y de la ordenación de la asistencia a un gerente territorial, que no tenga ninguna responsabilidad de gestión sobre hospitales o sobre Atención Primaria. Las comunidades como Cataluña que han separado la financiación y la compra de la provisión, únicamente han de otorgar más poder al comprador, convirtiéndolo en un verdadero "comisioner". Esta es una forma de vencer las resistencias a que se creen los servicios necesarios para atender a la cronicidad.

En definitiva, la batalla entre los profesionales sanitarios que aman o no a los hospitales es estéril. Es preciso reformar el sistema sanitario para orientarlo hacia las necesidades de los ciudadanos y menos hacia responder la demanda de asistencia y a aumentar la rentabilidad de las estructuras sanitarias instaladas. La reforma únicamente es posible si se profesionaliza la gestión sanitaria y se otorga plenos poderes al comprador territorial profesionalizado de servicios. Este directivo ha de estar totalmente desvinculado de las responsabilidades de gestión de los servicios del territorio. Es importante que este nuevo gerente territorial escuche a los profesionales y facilite la participación de los pacientes. La calidad asistencial pasa por aumentar la libertad de elección. A pesar de que a menudo parece que avancemos en sentido contrario por la persistente tendencia a crear oligopolios territoriales, considero que el cambio es posible y seguramente inevitable. Lo promoverán nuestros pacientes, cada vez mejor informados y de mayor nivel socioeconómico. ■

Sección patrocinada por:



Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (XVI)

Recursos de evaluación económica



Francisco Escribano Sotos*

La asignación de recursos sanitarios, desde el punto de vista económico, parte del principio de “escasez” en la medida que no hay, ni habrá, suficientes recursos para todos los objetivos que se pretenden alcanzar y, por tanto, debemos elegir en cada momento dónde realizar las inversiones y qué actividades son las prioritarias en la política de inversiones.

Para determinar los costes que supone una determinada política sanitaria o intervención, y para poder juzgar qué beneficios en la salud tiene el uso de una unidad de coste adicional, en economía se utiliza la noción del coste de oportunidad, que sería el valor de los recursos en la mejor de las opciones que se pudieran manejar. En este contexto de tecnología sanitaria, el factor coste de oportunidad se aplica valorando los beneficios que se generan financiando un tipo de intervención en detrimento de otras intervenciones que no se pueden financiar y su repercusión en términos de salud.

Por lo tanto, ante tanta demanda de recursos sanitarios, es necesario comparar y elegir dónde se produce mayor beneficio en la salud de la población como único criterio.

Definido el principio básico que rige cualquier comportamiento en economía, asignar recursos escasos de la manera más eficiente posible; el siguiente paso que se aborda en este trabajo es determinar el coste de las enfermedades respiratorias. El objetivo es definir diferentes modelos de evaluación económica aplicables al área de salud teniendo en cuenta que todo estudio de evaluación económica es un análisis comparativo, y que, en consecuencia proporciona información para el decisor último, pero que en ningún caso debe entenderse como una ley única de comportamiento.

El coste de la enfermedad hay que medirlo tanto en términos del efecto que la

misma tiene sobre el bienestar de las personas que la padecen, como de la sociedad en la que se produce. Estos efectos son sanitarios y no sanitarios, de modo que cualquier enfermedad y, en particular, las respiratorias, tienen unos costes vinculados al uso sanitario y farmacéutico, y un coste vinculado a los costes propios y asociados a la enfermedad. Además también hay que considerar los costes indirectos sobre la capacidad productiva, ya que cualquier cambio en el estado de salud de una persona repercute directamente en su productividad y en la de las personas que lo cuidan. Por otro lado, hay que incluir los efectos sobre la pérdida de calidad de vida de la persona enferma y de su entorno, que se plasma en depresión, ansiedad, dolor, etc. Por último, se pueden plantear las pérdidas monetarias producidas por la muerte anticipada. El análisis actuarial determina las pérdidas que suponen la muerte de una persona en edad activa o el que se produzca una discapacidad a una edad temprana.

Los trabajos de investigación destinados a determinar los costes de la enfermedad, precisan de información muy variada por lo que la determinación del coste de la misma resulta complejo. Los valores de los costes directos sanitarios y no sanitarios, precisan de bases de datos en los que se determinen los mismos; su disponibilidad y acceso ha mejorando gracias al uso cada vez más generalizado de los medios informáticos en todos los ámbitos de salud; pero se precisa también del cálculo de costes de tiempo por la atención a las personas, costes de desplazamiento y, en general, todos los costes asociados a los cuidadores informales del enfermo. En cuanto a los costes indirectos se deben determinar mediante técnicas actuariales, como los ingresos que una persona podría haber obtenido en condiciones normales. Otro aspecto es la determinación de los estados de salud, para lo cual habitualmente se han utilizan-

» El coste de la enfermedad hay que medirlo tanto en términos del efecto que la misma tiene sobre el bienestar de las personas que la padecen, como de la sociedad en la que se produce.

» El análisis actuarial determina las pérdidas que suponen la muerte de una persona en edad activa o el que se produzca una discapacidad a una edad temprana.

do cuestionarios sobre calidad de vida como el SF-36 o el EQ-5.

Ahora bien, determinar los costes de las enfermedades respiratorias, resulta de vital importancia en un momento en el que junto a las enfermedades típicas, surgen problemas de salud vinculados fundamentalmente al cambio climático y la contaminación que sufre nuestro planeta. El estudio *Health and the Environment in the WHO European Region: Situation and Policy at the beginning of the 21st Century* de la Organización Mundial de la Salud recoge el efecto sobre los países de la UE del cambio climático, así como el efecto del mismo en las principales enfermedades, entre las mismas señala el efecto de enfermedades como el asma, alergias y otros problemas respiratorios en niños, y el de las alergias en general como algunas de las más significativas. En Rusia, en el período 1991-2001, los problemas de asma bronquial en niños se incrementaron en más del 2,5 por ciento de la población infantil. Numerosas investigaciones han observado cambios en la prevalencia en enfermedades respiratorias y asmáticas en Europa. Las investigaciones epidemiológicas han observado que dichos problemas se han

concentrado en los países de la Europa occidental industrializados y ricos. Estos hechos manifiestan la importancia de las enfermedades respiratorias y como es necesario establecer prioridades a la hora de definir las políticas públicas.

Para poder establecer estas prioridades es necesario realizar una evaluación lo más cuidadosa posible para determinar los costes y los beneficios que supone el uso de determinadas tecnologías sanitarias y realizar un análisis comparado de las distintas alternativas posibles. Para ello tendremos que utilizar las mejores técnicas de evaluación económica en cada uno de los casos, ya sea un análisis de minimización de costes, análisis coste-efectividad, análisis coste-beneficio o análisis coste-utilidad.

El uso de los métodos de evaluación económica en el análisis de las enfermedades respiratorias será clave en el futuro para afrontar el incremento de necesidades presupuestarias en el sistema sanitario; además, en situaciones de crisis económica como la que estamos viviendo en estos momentos, estos análisis son una herramienta imprescindible para poder llevar a cabo una política sanitaria eficiente. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

López-Bastida, J. *Economía de la Salud (2006): El coste de la enfermedad y la evaluación económica en las enfermedades respiratorias.* Arch Bronconeumol, 45(5): 207-10

López-Bastida, J. Oliva, J. (Coord) *Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias.*

<http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/MemoriaFinal.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Health and the Environment in the WHO European Region: Situation and Policy at the beginning of the 21st Century*

<http://www.euro.who.int/document/eehc/ebakdoc05.pdf>

Von Mutius, E. et al. *Prevalance of asthma and allergic disorders among children in United Germany.* BMJ. 305: 1395-1399. (1992).



Lo mejor de lo publicado

Un resumen de los últimos artículos más relevantes de la bibliografía internacional.



Sección elaborada conjuntamente con la revista electrónica C@p de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de la que puede acceder al texto completo (<http://www.cap-semfyc.com>).

ONCOLOGÍA

Los antidiabéticos afectan al riesgo de cáncer de páncreas

Gastroenterology. 2009;137:482-488. [Septiembre, 2009]

En los pacientes diabéticos, el riesgo de cáncer de páncreas parece disminuir con la metformina y aumentar con la insulina o los secretagogos de insulina, según investigadores del Centro M.D. Anderson, Universidad de Tejas, en Houston. Los investigadores hallaron que el uso de metformina iba asociado a un riesgo de cáncer de páncreas significativamente reducido. También hallaron que el empleo de insulina o de secretagogos de la insulina en los pacientes con diabetes se asocia a un riesgo significativamente mayor que el existente en su ausencia.

■ Los ingresos y los estudios ligados a la ingesta de azúcares procesados

J Am Diet Assoc. 2009;108:1376-1383. [Septiembre, 2009]

La ingesta de azúcares añadidos durante los procesados, como el jarabe de maíz rico en fructosa, es mayor en los varones y en los grupos con niveles de ingresos y educativos bajos, según investigadores del Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, Maryland. Los investigadores hallaron que la ingesta de azúcares añadidos es mayor en el varón que en la mujer. La ingesta más baja se observó en los adultos de mayor edad y en quienes presentaban niveles de ingresos y estudios más elevados. La ingesta también varía con la raza y la etnia, siendo los afroamericanos los que alcanzan los niveles máximos y los asiático-americanos los que alcanzan los mínimos. La ingesta de azúcares se asoció de forma inversa al nivel educativo en todos los grupos raciales y étnicos excepto en los asiático-americanos, que carecían de dicha asociación.

■ El té negro aporta beneficios para controlar la diabetes

J Food Sci. 2009;74:c469-c474. [Agosto, 2009]

Investigadores chinos han hallado que los componentes del té negro podrían ayudar a controlar la diabetes. Los expertos determinaron que el polisacárido del té negro ejerce un efecto dependiente de la dosis sobre la actividad inhibi-

toria de la α -glucosidasa, siendo la inhibición del 91 por ciento con una concentración de 200 $\mu\text{g/mL}$. A esta misma concentración, la inhibición producida por el polisacárido del té verde y del oolong fue tan sólo del 11,2 y el 22,3 por ciento, respectivamente. La inhibición de la α -glucosidasa y otras enzimas hidrolizadoras de carbohidratos puede frenar la absorción de glucosa y reducir la hiperglucemia posprandial.

■ Los omega-3 ayudan a prevenir las dolencias cardiovasculares

J Am Coll Cardiol. 2009;54:585-594. [Agosto, 2009]

Las pruebas actuales tras décadas de estudios muestran que los ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) omega-3, que se encuentran principalmente en los aceites de pescado, pueden contribuir a prevenir las dolencias cardiovasculares, según investigadores del Centro Médico Ochsner de Nueva Orleans. Las pruebas más sólidas sobre los beneficios de los AGPI omega-3 proceden de cuatro ensayos controlados con casi 40.000 personas que se asignaron al azar a tomar ácido eicosapentaenoico (EPA) con o sin ácido docosahexaenoico (DHA) como prevención primaria después de un infarto de miocardio y con insuficiencia cardíaca. Los investigadores concluyen que las pruebas actuales indican que la dosis recomendada de EPA+DHA debería ser al menos de 500 mg al día en las personas sin patología cardiovascular conocida y de 800 a 1.000 mg al día en aquéllas con cardiopatía coronaria conocida e insuficiencia cardíaca.

■ El síndrome metabólico, ligado a los síntomas de vías urinarias

J Urol. 2009;182:616-625. [Septiembre, 2009]

Los varones más jóvenes con síntomas urinarios tienen significativamente más probabilidades de presentar síndrome metabólico que quienes carecen de ellos, según investigadores de los Institutos de Investigación de Nueva Inglaterra en Watertown, Massachusetts. Al compararlos con varones con índice sintomático de cero o uno según la American Urological Association, los investigadores hallaron que los individuos con puntuaciones sintomáticas de leves a graves (2 a 35) tenían significativamente más probabilidades de

tener síndrome metabólico. También encontraron que el síndrome metabólico se asociaba significativamente a las puntuaciones de síntomas miccionales de al menos 5, observándose más posibilidades de síndrome metabólico incluso con síntomas leves tales como el vaciado incompleto, la intermitencia y la nicturia. Observaron estas asociaciones principalmente en varones menores de 60 años.

■ La aspirina se asocia a una mejor supervivencia tras el diagnóstico de cáncer

JAMA. 2009;302:649-658. [Septiembre, 2009]

El uso de aspirina tras el diagnóstico de cáncer colorrectal —especialmente de tumores con sobreexpresión de ciclooxigenasa 2 (COX-2)— podría asociarse a una mejor supervivencia, según investigadores del Hospital General de Massachusetts en Boston. Los investigadores hallaron que los sujetos que tomaban regularmente aspirina tras el diagnóstico tenían menos riesgo de mortalidad específica del cáncer colorrectal y de mortalidad global que quienes no la tomaban. El uso de aspirina tras el diagnóstico se asoció a un menor riesgo de mortalidad por cáncer colorrectal en los casos con tumores que sobreexpresaban COX-2, pero no en aquéllos con tumores negativos para COX-2.

■ La lactancia reduce el riesgo de cáncer de mama

Arch Intern Med. 2009;169:1364-1371. [Agosto, 2009]

En las mujeres con antecedentes de cáncer de mama entre sus familiares de primer grado, la lactancia se asocia a un riesgo de cáncer de mama significativamente reducido antes de la menopausia, según investigadores del Hospital Brigham y de la Mujer, y de la Facultad de Medicina Harvard de Boston. La reducción del riesgo observada, del 59 por ciento, resultó mejor que la proporcionada por los tratamientos hormonales, como el tamoxifeno, para las mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama. Los investigadores concluyen que debe recomendarse a las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama que den el pecho.

■ Las úlceras negativas para *H. pylori* ligadas a una mayor mortalidad

Gastroenterology. 2009;137:525-531. [Agosto, 2009]

Investigadores chinos han determinado que los pacientes con úlceras sangrantes que son negativas para *Helicobacter pylori* tienen un mayor riesgo de recurrencia ulcerosa sangrante y de mortalidad. Los pacientes se dividieron en dos

grupos: los afectados de úlceras sangrantes idiopáticas previas negativas para *H. pylori* y positivas para *H. pylori*, todas ellas sin antiinflamatorios no esteroideos implicados y tratadas con un régimen erradicador. Los grupos se siguieron durante siete o menos años. Los investigadores hallaron que los pacientes del grupo negativo para *H. pylori* tenían significativamente más probabilidades de presentar úlceras sangrantes recurrentes que los positivos para *H. pylori* (42,3 frente a 11,2 por ciento). Asimismo, la tasa de mortalidad fue significativamente mayor en el grupo negativo para *H. pylori* (87,6 frente a 37,3 por ciento).

■ El tipo de selección afecta a la vacunación del VPH

Gynecol Oncol. 2009;114:360-364. [Septiembre, 2009]

La vacunación precoz contra el virus del papiloma humano (VPH) puede reducir el riesgo de cáncer cervicouterino hasta en un 70 por ciento, pero la selección debe iniciarse más tarde y con menos frecuencia para reducir el riesgo de falsos positivos, según una revisión realizada por investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en St. Louis. Los investigadores observan que una vacuna contra los tipos 16 y 18 del VPH puede reducir el riesgo de cáncer cervicouterino en hasta un 70 por ciento si se administra a las mujeres antes de la exposición, y que tendrá un efecto menor pero considerable sobre la citología anormal y la neoplasia intraepitelial del cuello del útero. Afirman que la vacuna es menos eficaz cuando se administra después de la primera relación sexual.

■ La hipertensión pulmonar podría ser reversible con Viagra

J Am Coll Cardiol. 2009;54:595-600. [Septiembre, 2009]

Los pacientes con hipertensión pulmonar e insuficiencia cardíaca tienen arterias más rígidas y menos sensibilidad a los vasodilatadores que los sujetos sin hipertensión, lo que puede revertirse con sildenafil (Viagra). Los expertos examinaron a 22 pacientes con insuficiencia cardíaca y resistencia vascular pulmonar alta (RVP-A) y a 24 sujetos equiparables con resistencia vascular pulmonar baja. Se extrajeron muestras de sangre para determinar la captación transpulmonar de péptido natriurético de tipo B (BNP) y la liberación de monofosfato de guanosina cíclico (GMPc). Los pacientes con RVP-A tenían una captación de BNP normal, una liberación de GMPc más reducida, una menor distensibilidad de la arteria pulmonar, una menor distensibilidad arterial sistémica y un índice cardíaco reducido. ■

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:



Cultura

LIBROS

Una guía para mejorar la atención al paciente inmigrante

Más de cuarenta especialistas han intervenido en la elaboración del *Manual de Atención al Inmigrante*, una publicación patrocinada por el Instituto de Formación Novartis, y dirigida al médico español de Atención Primaria con el objetivo de mejorar el manejo clínico de los pacientes inmigrantes. Joaquín Morera, Alberto Alonso y Helena Huerga, integrantes del Comité Editorial, destacan que se trata de una publicación "absolutamente imprescindible en las consultas de Atención Primaria". Las barreras de comunicación, el desconocimiento de la utilización del sistema sanitario de España y los diferentes conceptos de salud son las principales dificultades que existen en la atención de estos pacientes, que superan los cuatro millones de personas. Desde la perspectiva eminentemente médica, el documento incorpora información esencial sobre aspectos clave, tales como la entrevista clínica o el examen de salud, profundizando en cada una de las patologías que más frecuentemente pueden sufrir, algunas de ellas importadas y características de su país de origen.



Título: *Manual de Atención al Inmigrante*.
Autores: J. Morera, A. Alonso y H. Huerga
Distribuye: Novartis
 489 págs

EXPOSICIONES

Cinco siglos de retrato

La Fundación Mapfre nos propone un exquisito recorrido a través del retrato europeo desde el siglo XVI hasta el XX, con una selección de obras de excepcional valor. Como en una máquina del tiempo, podremos recorrer una galería de retratos de grandes maestros desde Tiziano, Velázquez, Goya, Frans Hals, Van Dyck, Chardin, Ingres, Corot, Manet, Cézanne, Toulouse-Lautrec, Modigliani o Picasso, entre cuyas obras encontraremos retratos de solemnidad, en los que se ensalza el poder de la persona; retratos enmarcados en una escena; o retratos modernos en los que se destaca a la persona en sí misma.

La muestra se puede visitar hasta el 22 de diciembre en la Fundación Mapfre (Paseo de Recoletos, 23. Madrid).



Picasso y sus grabados

El Museo de Arte Español Contemporáneo de Palma de Mallorca acoge una exposición sobre los grabados de Picasso. La muestra se compone de la colección de 100 grabados de la serie denominada Suite Vollard, realizados por el artista malagueño entre 1930 y 1936, un total de 28 grabados fechados entre 1904 y 1915, con estampas de sus etapas azul y rosa (*Le repas frugal*, 1904, *Les saltimbanques*, 1905, y grabados de su época cubista, 1909-1015). La muestra se puede visitar hasta el próximo 18 de noviembre en el Museo de Arte Español Contemporáneo (Paseo del Muelle Alfonso XII, 22. Palma de Mallorca).



CINE

'Ágora', el esperado estreno de Alejandro Amenábar

Ya está en los cines españoles la quinta película del cineasta Alejandro Amenábar: *Ágora*. Rodada en inglés, como *Los otros*, se trata de una superproducción épica que cuenta los desvelos de Hipatia, la primera mujer científica y filósofa de Occidente, por proteger la legendaria biblioteca de Alejandría durante la ocupación romana en Egipto, en el siglo IV.

Junto a Raquel Weisz (*El Jardinero Fiel*) forman parte del reparto el joven actor británico Max Minghella, Oscar Isaac, Ashraf Barhom, Michael Lonsdale, Rupert Evans y Homayoun Ershadi.



Internet

Si no es banda ancha, no interesa

La práctica totalidad de las empresas españolas de más de diez trabajadores utiliza las Tecnologías de la Información para gestionar su empresa, para buscar información y enviar correos, según datos del INE; y en 2008 el 92 por ciento de las empresas contaban con Internet de banda ancha, más un testimonial 3 por ciento que aún no se había adaptado a la “alta velocidad”.



La práctica totalidad de las empresas españolas de más de diez trabajadores utiliza las Tecnologías de la Información.

Las empresas españolas, según la Oficina Estadística Europa (Eurostat), ostentan –junto a las de Francia y Finlandia– el liderazgo europeo en uso de banda ancha, con una progresión en los últimos cuatro años que, según los expertos, colocará en poco tiempo a España en cabeza del ranking europeo por penetración de Internet a “alta velocidad” en las empresas.

Además, explica un informe de Eurostat, el equipamiento de banda ancha no se ha visto afectado por la grave crisis económica que afecta con especial virulencia a la estructura empresarial española, cuyos responsables siguen considerando una prioridad absoluta el aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información (TIC) para su negocio; incluso por delante de partidas presupuestarias como costes de personal, publicidad o marketing.

Para ser justos, hay que repartir el mérito de la banda ancha entre unas empresas privadas muy dinámicas y empeñadas en mejorar su competitividad, y unas administraciones públicas que han apoyado con ayudas directas, formación y líneas de crédito muy asequibles el despliegue de los medios tecnológicos avanzados en las grandes empresas y las pymes.

Por debajo de España, Francia y Finlandia se encuentran Bélgica, Malta, Suecia, Estonia, Gran Bretaña, Luxemburgo, Países Bajos, Eslovenia, Alemania e Irlanda. Italia y Portugal están en la media europea; es decir, en el 81 por ciento de penetración de banda ancha. ■

Sección patrocinada por



Feria Internacional del Deporte

Más esperada que nunca, la Feria del Deporte de carácter bianual es un punto de encuentro de profesionales del entorno deportivo que presenta este año una más amplia variedad de expositores.

<http://www.spoga-cologne.com/>



Cambio climático ONU 2009

De gran interés para todos se presenta la Conferencia Mundial para el cambio climático que se celebrará en Copenhague próximamente. Destaca en esta página la experiencia danesa hacia una economía eficiente, con interesantes propuestas del nuevo modelo económico.

<http://es.cop15.dk/>



CIBERCONSEJOS

Tarjeta de embarque en el móvil

Spanair y Vodafone España han implantado un nuevo sistema que permite recibir la tarjeta de embarque en un mensaje multimedia que se envía al teléfono móvil sin coste alguno para el pasajero. El mensaje multimedia contiene una imagen con un código bidimensional que transmite toda la información necesaria para efectuar el embarque automatizado. También incluye una sección de información textual con todos los detalles del viaje.

La formula 1 del WiFi

La nueva generación de tecnología Wi-Fi ha sido finalmente aprobada para su uso por la IEEE, el organismo que supervisa a nivel mundial todos los estándares Wi-Fi. La aprobación oficial de la tecnología 802.11n, como es conocida, llega años después de que tanto portátiles como otros equipos a la venta lo hubiesen incorporado desde hacía tiempo. La tecnología ofrece una velocidad seis veces más rápida que la tecnología actual.

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA
19 de Febrero

ALICANTE
12 de Marzo

BADAJOS
26 de Marzo

BILBAO
23 de Abril

ZARAGOZA
14 de Mayo

VALENCIA
28 de Mayo

MADRID
3 de Junio

BURGOS
24 de Septiembre

BARCELONA
29 de Septiembre

SANTIAGO DE COMPOSTELA 29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED
E S P A Ñ A
Educación Médica Continuada

Golf



Ryder Cup

España, candidata a organizar el torneo en 2018

Francia, Alemania, Holanda, Portugal y Suecia también aspiran a ello.

La Ryder Cup 2018 será la 42 edición de este torneo bienal —el primero se celebró en 1927— entre Europa y Estados Unidos. Hasta 1979 sólo los golfistas británicos formaban parte del equipo europeo, extendiéndose la participación a los jugadores de toda Europa a partir de ese año. Desde entonces ocho ediciones se han disputado en Estados Unidos, cinco en Inglaterra, una en Irlanda y otra en España (Valderrama, 1997). La próxima edición de la Ryder Cup tendrá lugar en The Celtic Manor Resort, en Newport (Gales) entre el 1 y el 3 de octubre de 2010.

Los seis países candidatos a organizar la Ryder Cup 2018 han demostrado su implicación con el deporte del golf desde que en 1972 se creara oficialmente el Circuito Europeo Profesional. Entre todos han acogido 700 torneos: 491 del

PGA European Tour, 162 del Challenge Tour y 47 del European Senior Tour. Además, 72 golfistas diferentes pertenecientes a estos seis países han conseguido la victoria en el Circuito Europeo en 309 ocasiones, mientras que otros 143 han ganado 264 torneos en el Challenge Tour.

España organiza durante 2009 cinco torneos de los diversos circuitos europeos profesionales masculinos, con mención especial para el Open de España, cuya primera edición se celebró en 1912, lo que lo convierte en uno de los más antiguos del continente europeo. Incluyendo estos cinco eventos, España ha organizado 152 torneos del European Tour, 31 del Challenge Tour y 13 del European Senior Tour. Un total de 27 golfistas españoles han ganado 149 torneos del Circuito Europeo,



El equipo americano, actual poseedor de la Ryder Cup.

mientras que 24 han conseguido la victoria en 43 torneos del Challenge Tour.

Nueve golfistas españoles —Severiano Ballesteros, José María Cañizares, Antonio Garrido, Ignacio Garrido, Sergio García, Miguel Ángel Jiménez, José María Olazábal, Manuel Piñero y José Rivero— han representado a Europa en la Ryder Cup. ■

Mogro fue el mejor

El equipo de Mogro, integrado por Ha Rang Lee, Celia Barquín, Manuel Elvira y Raúl Fernández, se ha impuesto por primera vez en la historia en el Campeonato de España Interclubes Infantil Reale, que se ha disputado en el Club de Golf Guadalhorce, en Málaga. El conjunto cántabro mantuvo un intenso duelo con los donostiarros de Basozábal a lo largo de las dos jornadas de competición, un choque de auténticos titanes repleto de emoción e incertidumbre y resuelto a favor de Mogro por uno de los más estrechos márgenes que se recuerdan en la historia de este torneo: apenas 3 golpes. Por si fuera poco, el equipo de Basozábal, formado por Ainhoa Olarra, Claudia Townend, Martín Larrea y Xavier Gorospe, tomó la delantera al término de la primera jornada, en la que adquirió curiosamente una ventaja de 3 golpes con respecto a Mogro.

La brillante regularidad de los jugadores de Basozábal y el acierto de Celia Barquín (71 golpes) entre los componentes de Mogro destacaron en el buen tono general de ambos equipos durante la primera jornada. En la ronda definitiva se invirtieron las tornas. La regularidad, que condujo directamente al triunfo a Mogro, se apoderó de los jugadores cántabros, en especial de Rang Lee, Barquín y Elvira, con una importante aportación de Fernández en el último resultado computable. Mención especial, en el conjunto de Basozábal, para la joven Olarra, autora de dos meritorias tarjetas de 73 golpes.