



Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 122 11 de diciembre de 2009 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

Los relatos galardonados en 2009

Pág. 37



**Mis propios
errores**

pág. 44



**Una mirada
desde el interior**

pág. 48



**Una cuestión
de confianza**

pág. 40

ADEMÁS _____

**Chequeo
Fundaciones**



(págs. centrales)

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



¿Cuál es el mejor tratamiento?

La vida escribe las preguntas.
Nosotros buscamos respuestas.

Nuestras innovaciones
benefician a millones de personas:
alivian el dolor y mejoran
la calidad de vida.
Proporcionamos esperanza.



Innovación para la salud



Cada dolor tiene su historia, **EVALÚALO**

PLATAFORMA **SinDOLOR**

"Treatment to alleviate chronic pain is a human right"
WHO, October 2004

Fundación 
para la Investigación
en Salud



Con el auspicio de



nuevo

SALVA
SKIN

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

SALVASKIN^{oil}

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN^{milk}

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbotech.com

S
SALVAT

37 EN PORTADA

Cuando el paciente va a la consulta, éste sólo ve al médico que le va atender, y no a la persona que hay detrás. A través del Certamen Anual de Relatos 2009 hemos tenido la oportunidad de conocerlos mejor, conocer mejor su práctica médica y conocer mejor a sus pacientes. Como viene siendo habitual desde hace una década, la edición americana de *Medical Economics* invitó a participar a sus médicos lectores. He aquí los relatos galardonados en 2009.

Relatos galardonados en el Certamen Anual de Relatos Medical Economics 2009

CHEQUEO FUNDACIONES

29 Fundación Grünenthal

La razón de ser de la Fundación Grünenthal es la lucha contra el dolor. Y para ello, con sus iniciativas pretende abrir caminos en el diagnóstico y tratamiento del dolor desde proyectos innovadores como la Plataforma SinDolor y la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Universidad de Salamanca.

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

54 Gestión sanitaria integrada: ¿quién gana?

En el ámbito de la gestión sanitaria han cobrado gran interés en los últimos tiempos las fórmulas de gestión integrada, materializadas mediante estructuras de gestión con diferentes denominaciones.

ECONOMÍA DE LA SALUD

50 Evaluación económica de medicamentos: hacia dónde vamos

El problema no es el gasto en medicamentos, sino en qué medicamentos se produce este gasto. Para ello es fundamental que los pacientes utilicen bien los medicamentos.

IV CONVOCATORIA 09/10

BECCAS A.M.A.

AYUDA A LOS CURSOS DE PREPARACIÓN

M.I.R. - F.I.R. - E.I.R.

INSCRIPCIÓN 13 OCT - 31 DIC 09

bases

www.amaseguros.com

Creemos en vuestro futuro, por eso os ayudamos



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaria 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

- 6 El Termómetro
- 8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 Gestión Profesional
Quejas y reclamaciones:
¡actúe positivamente!
- 16 Gestión de Calidad.
Medio Ambiente
Suelos contaminados (II)
- 18 Normativa
- 20 Impuestos

Y ADEMÁS...

- 5 Carta del Editor
- 58 Journal Scan
- 61 Tres de últimas
- 64 Golf



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Utiliza escalas de medición del dolor en su consulta?

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.

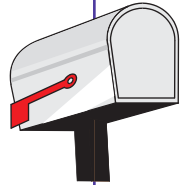
PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2010

Medical Economics celebra la VI edición de los galardones, que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones que más han destacado en el sector sanitario en 2009.

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 Hospitalares

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

Farmairis 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

Guillermo Castillo Acero

Director de Acceso a la Salud y Comunicación
de Grunenthal

Director Fundación Grunenthal

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

Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Angel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

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

Secretaria de la Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

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

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Area Jurídico
Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención
al Paciente de USP Hospitalares

Nuestra Sanidad en la encrucijada

Quiero una vez más dirigirme a nuestros lectores con el último número del año de *Medical Economics*. Es el momento de hacer un análisis de lo acontecido en 2009 en materia sanitaria y de la actividad de nuestra revista como referente del periodismo especializado en los objetivos relacionados con la necesidad de mejorar la gestión en su globalidad, tanto desde la responsabilidad de los que nos gobiernan, como en las iniciativas de los profesionales de quienes depende en última instancia la satisfacción de los usuarios.

El año que nos abandona ha sido tan duro como se vislumbraba después de que durante el anterior se instalara la crisis económica mundial, de la que en el último mes parece comienzan a salir del bache países industrializados de la talla de EEUU, Alemania y Francia. Para otros, como Reino Unido y España, en cambio, tendrán que darse mejores condiciones para, como se supone, puedan salir del bache a finales de 2010.

Esta circunstancia no ha podido disipar, sino más bien al contrario, las dudas sobre la sostenibilidad de nuestro sistema nacional de salud, favorecedor de una demanda infinita imposible de financiar por el impacto, entre otras causas, del progresivo envejecimiento de la población, la necesaria incorporación de fármacos innovadores y nuevas tecnologías de alto coste.

Se impone un auténtico pacto por la Sanidad en cuyo enunciado inicial parece hay amplio consenso y no así en lo que supondría su desarrollo, y donde habría que incluir la cartera de servicios, la colaboración público-privada, la carrera profesional y la participación de los ciudadanos como corresponsables de la sostenibilidad del sistema.

Sobre estos aspectos hemos debatido con la colaboración de los protagonistas y en las numerosas jornadas que hemos organizado en 2009, tanto en clave de Estado, como en otras ciudades en clave autonómica, y nuestros lectores ya han tenido noticia de la voz de los expertos que han intervenido en los suplementos que, sobre este particular, hemos publicado.

Cuando nos encontramos en las puertas de 2010, año en el que habremos cumplido siete de actividad informativa, renovamos nuestro propósito de mejorar nuestra oferta editorial favorecida, por lo que creemos está siendo hasta ahora, y sin falsas modestias, un reconocimiento del trabajo que venimos desarrollando, máxime cuando nos encontramos en un contexto de crisis que también ha afectado, y de qué manera, a la mayoría de los medios especializados con la desaparición de cabeceras cuyas únicas fuentes de financiación, publicidad y suscripciones, no les han permitido continuar, y otras con pérdidas acumuladas que hacen dudoso su futuro.

En nuestro caso, son muchas las novedades que queremos introducir en este nuevo año, comenzando por la publicación de los artículos ganadores, y aquellos que sin obtener premio, nos han parecido igualmente merecedores de ello, de entre los recibidos en la convocatoria del primer Certamen de Artículos Medical Economics, cuyos autores recibirán su galardón con motivo de la celebración de nuestro aniversario en el acto que tendrá lugar el próximo mes de enero.

Como es habitual, y en este mismo sentido, han merecido los honores de portada de este número los relatos galardonados en 2009 por la edición americana de *Medical Economics*, reconociendo las aportaciones del pediatra Lawrence Rifkin, la rehabilitadora Miriam Griggs, y el médico de familia Jonathan Roylance.

Y para terminar, quiero expresar mi agradecimiento personal a todas las personas que desde nuestra casa, y a los que desde fuera, —y cada uno en la medida de su responsabilidad— nos han ofrecido su colaboración y nos han animado a continuar por este camino.

Para todos ellos mis mejores deseos de felicidad en este 2010. ■



Manuel García Abad
mga@drugfarma.com

Manuel García Abad

El Termómetro

Algo está cambiando



Fernando Mugarza*

No cabe ninguna duda de que nuestro sistema sanitario conceptualmente es uno de los mejores y más avanzados del mundo en términos asistenciales, ya que los profesionales que dedican su tiempo y esfuerzos a tan encomiable tarea ponen el máximo de sí mismos para que esto sea así. En este contexto de responsabilidad y compromiso personal y profesional, sin embargo, emerge la quinta edición del informe proveniente de Health Consumer Powerhouse, una entidad independiente que se define como “el principal proveedor europeo de información al consumidor sobre aspectos de asistencia sanitaria”.

El Índice de Consumidores de la Sanidad Europea (EHCI, en sus siglas en inglés) tiene como objetivo aportar a los consumidores de los sistemas sanitarios en Europa una herramienta que les permita disponer de información valiosa en materia de servicios de asistencia sanitaria. De esta manera, pueden tomar decisiones con conocimiento de causa.

Con el fin de cumplir con este objetivo, el EHCI evalúa la “facilidad de acceso” de los distintos sistemas públicos de sanidad y realiza una comparación con los sistemas de otros países europeos. El EHCI ha seleccionado en su edición de 2009 un total de 38 indicadores agrupados en 6 categorías que le permiten crear una plataforma de comparación de los distintos estándares de 33 sistemas nacionales de salud y establecer, de esta manera, una clasificación a nivel europeo de los sistemas públicos de atención sanitaria”. Las categorías son: derechos de los pacientes e información, *e-health* o nuevas tecnologías aplicadas a la salud, tiempo de espera para el tratamiento, resultados de salud, catálogo de prestaciones y servicios y prestación farmacéutica.

España en este ranking alcanza la posición 21 detrás de países como Hungría, República Checa, algunas Repúblicas Bálti-

cas, Italia o Reino Unido y por delante de Croacia, Grecia o Portugal, siempre bajo el prisma y percepción del consumidor y usuario. Comparativamente, nos encontramos bastante alejados de países como Holanda, Dinamarca, Islandia, Austria, Suiza, Alemania, Francia, Luxemburgo, Suecia y Noruega, que ocupan los diez primeros lugares de esta clasificación.

Es importante, sin duda, tener en cuenta las diferencias evidentes de los sistemas de salud sometidos a estudio, que son importantes y han sido puestas en valor por algunos críticos al informe. Por supuesto que los aspectos metodológicos son esenciales en este tipo de análisis y también han sido puestos en cuestión por otros. Para su validación estarán la opinión de los estadísticos y expertos que seguro nos darán luz al respecto.

Pero lo que sin duda es importante desde el punto de vista de percepción, esencial para construir una reputación, es prestar una especial atención a la voz del ciudadano, que somos todos y quienes en definitiva sufrimos las consecuencias de la mejora o no de prestaciones, instalaciones y servicios. Esta circunstancia es clave, y el EHCI muestra respecto de la oleada anterior que España ha perdido al parecer dos posiciones, es decir, la tendencia no sería precisamente la mejor.

Vivimos inmersos en un espacio europeo donde desaparecen las fronteras y en ese sentido Johan Hjertqvist, presidente de Health Consumer Powerhouse, indica que “ante la movilidad de los pacientes, es necesario exponer los pros y contras de cada sistema nacional, para que los ciudadanos sepan a qué atenerse”.

Al margen de las debilidades que puedan señalarse en el ranking del ECHI, hay dos elementos que merecen la atención: es la voz de los ciudadanos, y muestra una tendencia a la baja. Parecen dos motivos suficientes para analizarlo con calma. ■

*Director de Comunicación de PharmaMar. (Grupo Zeltia). Ex presidente y miembro de honor de Forética. Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Changing tomorrow



Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

Aspiramos a descubrir las soluciones médicas del futuro para los problemas de salud de hoy. Astellas tiene el compromiso de alcanzar el éxito que conlleva cambiar el mañana.

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

1.000

millones de euros alcanzó el mercado de seguridad y salud laboral en 2008.

7,5

por ciento más que en 2007.

16,3

por ciento más en total que en 2006.

572

millones de euros correspondieron a los ingresos de las mutuas de trabajo.

428

millones correspondieron al resto de empresas.

Fuente: Informe DBK Seguridad en Salud Laboral.

HOSPITALES TOP 2009

El programa TOP 20 premia a los hospitales con mejores resultados en seis áreas clínicas

Por décimo año consecutivo, la empresa de servicios de información sanitaria IASIST ha presentado los resultados de Hospitales TOP 20, un programa que evalúa a los centros en base a una serie de indicadores de calidad, funcionamiento y eficiencia. En la presente edición han participado de forma voluntaria 155 centros: 126 del Sistema Nacional de Salud, que representan el 48,5 por ciento del total de centros del SNS, y 29 hospitales privados. Entre los mejores hospitales de referencia regional y nacional, dentro de los tres primeros puestos de la lista, destacan la Agrupación Sanitaria Sant Joan de Déu-Hospital Clinic, el Hospital Universitario de Bellvitge y el Hospital Universitario Vall d'Hebron y el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Pero este sistema de evaluación tiene ciertos sesgos. Según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, "utilizan criterios sesgados y no homologables para elaborar una lista en la que siempre tienen ventaja los hospitales más privatizados".



ATENCIÓN SANITARIA

Casi 173 millones de ciudadanos europeos disponen ya de su tarjeta sanitaria europea

Unos 173 millones de ciudadanos europeos, casi uno de cada tres, disponen ya de su Tarjeta Sanitaria Europea (TSE), vigente desde 2004, que certifica el derecho de su titular a recibir las prestaciones sanitarias que sean necesarias desde un punto de vista médico durante una estancia temporal en cualquiera de los países integrantes de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza. Así lo ha afirmado el presidente de la Delegación para Asuntos Europeos e Internacionales del Consejo Nacional de Médicos de Francia, Francis Montané, durante el III Congreso de Europeo de Pacientes, Innovación y Tecnologías. Según este experto, los ciudadanos deben recibir esta atención "en igualdad de condiciones que los ciudadanos del país al que se desplaza pero, en cambio, no es válida si el motivo por el que se desplaza es recibir un tratamiento médico específico".



MUTUALISTAS

PSN inaugura su nueva oficina en Palma de Mallorca

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha inaugurado una nueva oficina comercial en Palma de Mallorca para mejorar la atención y el asesoramiento que presta a sus cerca de 1.200 mutualistas en las islas Baleares. Desde esta nueva oficina se dará servicio tanto a Palma de Mallorca, como a las islas de Menorca e Ibiza. Esta apertura responde a la política de expansión territorial que PSN lleva desarrollando durante los últimos años y supone una clara apuesta por Baleares, donde el Grupo tiene previsto, en un futuro, ampliar su red de oficinas abriendo una nueva que dé un servicio más accesible a sus mutualistas en la isla de Ibiza.



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Merck Serono amplía sus inversiones en investigación y desarrollo con la creación de un nuevo centro global de I+D en China

Merck Serono, la división biotecnológica de la compañía química farmacéutica alemana Merck, ha anunciado la próxima construcción de un nuevo centro de I+D global en Pekín (China) en el que planea invertir más de 150 millones de euros y crear más de 200 nuevos empleos cualificados a lo largo de los próximos cuatro años. El equipo de China liderará el desarrollo de fármacos en el continente asiático a través de ensayos clínicos locales e internacionales, y se convertirá en uno de los puntos neurálgicos de I+D para Merck Serono a nivel mundial, junto a los centros que ya posee la farmacéutica en Alemania, Suiza y Estados Unidos. La delegación china se encargará asimismo de dirigir la colaboración con instituciones investigadoras del país y buscará asociaciones con instituciones académicas y compañías locales.



ADQUISICIONES

El fondo inmobiliario de Banco Sabadell compra el nuevo Hospital Quirón Vizcaya

El fondo inmobiliario de Banco Sabadell, Sabadell BS Inmobiliario, FII, ha adquirido al Grupo Hospitalario Quirón por 55,1 millones de euros el inmueble en el que se ubica el nuevo Hospital Quirón Vizcaya. Tras la compra, este grupo empresarial continuará la explotación del centro sanitario en régimen de arrendamiento por un periodo de 20 años, según



apunta la entidad financiera. Con esta nueva incorporación, Sabadell BS Inmobiliario, FII aumenta su inversión en edificios de uso hospitalario en cartera hasta un 19 por ciento de su activo y espera obtener un mayor rendimiento recurrente y a largo plazo, respaldado por la solvencia del proyecto del Grupo Hospitalario Quirón.

ECONOMÍA

Las retribuciones en banca de inversión caen hasta un 38 por ciento

Un estudio de Bao & Partners/Signium International sobre los salarios en la industria financiera ha desvelado que en banca de inversión y capital riesgo, los sueldos de los directivos han vivido fuertes caídas en el último año, alcanzando en algunas áreas y cargos directivos descensos de hasta el 38 por ciento. Respecto a la banca de inversión, los directores de este sector han visto caer su sueldo un 38,1 por ciento; los vicepresidentes, un 30 por ciento; y los directores adjuntos, un 25 por ciento. En el área de fusiones y adquisiciones, sin embargo, los vicepresidentes han incrementado su retribución un 16,3 por ciento en el último ejercicio.

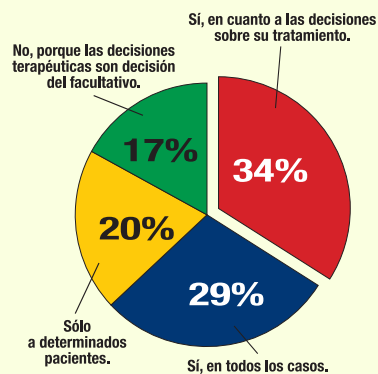


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Involucra usted al paciente en la consulta?



La mayor parte de los encuestados (un 34 por ciento) asegura que involucra siempre al paciente en las decisiones sobre su tratamiento, mientras que un 17 por ciento, contestan que no porque las decisiones terapéuticas son decisión del facultativo. Un 29 por ciento asegura involucrar al paciente en todos los casos, y un 20 por ciento sólo a determinados pacientes.

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

Está previsto que se apruebe a finales de año y de comienzo en enero de 2010 a nivel nacional

Aseguradoras y clínicas privadas negocian el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria para accidentes de tráfico

Aseguradoras y clínicas privadas sin internamiento negocian durante estos días el Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria para accidentes de tráfico, que tendrá validez durante 2010. Enrique Calvo, gerente de la Asociación de Clínicas y Entidades sin Internamiento de la Comunidad de Madrid (ACESIMA) y de la Asociación Nacional de Centros Sanitarios Sin Internamiento (ANCSSI) asegura que "a pesar de que hay puntos en los que hemos de ponernos de acuerdo, como el económico, hay buena voluntad por nuestra parte y por parte de las aseguradoras para llegar a un acuerdo".

El Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Extrahospitalaria derivada de los accidentes de tráfico está a punto de expirar, por lo que las aseguradoras españolas, representadas por la patronal, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), y las clínicas privadas, representadas por la Asociación de Clínicas y Entidades sin Internamiento de la Comunidad de Madrid (ACESIMA) están manteniendo durante estos días una serie de reuniones de las que tiene que salir el convenio a aplicar para el año 2010.

Enrique Calvo, gerente de ACESIMA y ANCSSI, asegura que "queremos mantener la calidad de las prestaciones que hemos venido ofreciendo en todos nuestros servicios durante el año 2009, y con las que UNESPA está satisfecha". Aunque añade: "Por supuesto el convenio actual es mejorable en algunos puntos y uno de los que se está discutiendo es el económico. Nosotros queremos que este punto se mejore en el nuevo convenio que entrará en vigor en 2010. También nos gustaría ampliar la oferta asistencial para los accidentados de tráfico dentro del mismo convenio". Pero a pesar de todo, asegura "hay excelente sintonía entre ambas partes y estoy seguro de que vamos a llegar a un acuerdo beneficioso para todos". Es tal el interés de ambas partes de mantener esta línea de colaboración que, además de los puntos anteriormen-

te mencionados, otro punto importante del convenio es la firma del mismo por parte de ANCSSI, patronal a nivel nacional del sector de clínicas sin internamiento (a la que está adherida ACESIMA, representante patronal de la Comunidad de Madrid) para poder hacer extensivo el convenio al resto de asociaciones regionales que conforman la nacional.



UNESPA denuncia un incremento de los intentos de fraude en los accidentes de tráfico.

El Consorcio de Compensación de Seguros, UNESPA y ACESIMA firmaron el pasado mes de enero el primer convenio marco de asistencia extrahospitalaria de las aseguradoras, que aportó 15 centros de rehabilitación, situados más cerca del domicilio de paciente, para evitarle a éste tener que desplazarse a zonas muy alejadas de su domicilio. "En un princi-

pio y dado que ha sido el primer convenio extrahospitalario a nivel nacional que se firmaba, se optó por un plan piloto con estos 15 centros a modo de rodaje. Ya probada la experiencia con buenos resultados, el convenio se ha extendido al resto de centros de ACESIMA que así lo han requerido. Ahora sólo queda extenderlo a nivel nacional para este próximo año", asegura Enrique Calvo.

En los últimos meses, UNESPA viene denunciando un incremento en los intentos de fraude de los asegurados que, en un contexto de crisis económica, cada vez reclaman más indemnizaciones por supuestas lesiones relacionadas con accidentes de tráfico. La presidenta de UNESPA, Pilar González de Frutos, explica que "las aseguradoras están detectando incrementos injustificados de la duración de la recuperación de los daños corporales leves ocasionados por accidentes de tráfico, lo que insiste en reprochar porque son "comportamientos ilegales". Para paliar las consecuencias de estas conductas, la máxima responsable de UNESPA, anima a las aseguradoras a seguir invirtiendo en medidas antifraude. Punto en el que también quieren colaborar desde ACESIMA y ANCSSI, "el objetivo de este convenio es aportar desde las clínicas asociadas una excelente recuperación a las víctimas por un precio justo", añade Enrique Calvo. ■

Constituye una prioridad asistencial de las administraciones sanitarias

La atención al paciente fumador, una prioridad asistencial

Medical Economics, con la colaboración de Oximesa y Pfizer, organizó en la sede de la Organización Médica Colegial, una sesión dedicada a realizar un análisis, desde distintos puntos de vista, de la realidad clínica que supone el tabaquismo, su relación con la EPOC y el cáncer de pulmón, así como las actuales políticas de prevención y alternativas terapéuticas disponibles.

El pasado 1 de diciembre se celebró en Madrid, en la sede de la Organización Médica Colegial, una sesión dedicada a realizar un análisis, desde distintos puntos de vista, de la realidad clínica que supone el tabaquismo, su relación con la EPOC y el cáncer de pulmón, así como las actuales políticas de prevención y alternativas terapéuticas disponibles.

La jornada, organizada por *Medical Economics*, contó con la colaboración de Oximesa, proveedor de servicios asistenciales de terapia respiratoria domiciliaria implicada en la búsqueda de soluciones que potencien la deshabituación tabáquica en los

do Casado, consejero del Instituto de Salud Carlos III y vicepresidente de Idepro y Fundadeps, quien actuó como moderador de la jornada. Todos los miembros de la mesa inaugural coincidieron en destacar el interés y actualidad del tabaquismo, como problema sociosanitario de primer orden y de atención prioritaria en nuestro país.

Abrió el turno de intervenciones Julio Ancochea Bermúdez, ex presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y coordinador científico de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. El ponente aportó los datos que configuran la reali-

miento de los datos, los criterios diagnósticos y terapéuticos, y los más rigurosos estándares de calidad en su manejo, permitan reducir su prevalencia y los elevados costes asociados a la misma, que asciende a casi 1.000 millones de euros anuales en España.

Este compromiso se ha plasmado en la creación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud, aprobada por todas las comunidades autónomas y cuyas líneas estratégicas determinan claramente actuaciones en prevención y detección precoz; atención al paciente crónico y al paciente con exacerbaciones; así como la investigación y la formación de los profesionales.

El análisis de la realidad clínica derivada del tabaquismo ha de contemplar, de forma ineludible, su clara asociación al desarrollo de cáncer de pulmón, aspectos presentados por Javier Castro Carpeño, oncólogo del Hospital Universitario La Paz, de Madrid. Según este experto, la prevalencia del tabaquismo está registrando, desde los años 90, un continuo descenso en países como EEUU; si bien sigue constituyendo la causa de un 30 por ciento de las muertes por cáncer.

Así y todo, el cáncer de pulmón ya es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, y el tabaco está en la génesis del 80 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón en hombres y un 75 por ciento en mujeres; a este riesgo se une en fumadores el de desarrollo de enfermedad coronaria y otras patologías relacionadas con el tabaco (en España mueren cada día 140 personas por causa del tabaquismo, de las cuales 9 son fumadores pasivos). ■



De izda. a dcha., Jenaro Astray Mochales, Manuel García Abad, Jerónimo Torrente y Honorio Bando.

pacientes y familiares; y de Pfizer, empresa comercializadora de vareniclina, nueva alternativa en el manejo farmacológico de estos pacientes.

La presentación del acto corrió a cargo del editor de *Medical Economics*, Manuel García Abad, quien estuvo acompañado por Jerónimo Torrente, vicesecretario del Consejo General de Colegios de Médicos; Jenaro Astray Mochales, subdirector general de Promoción y Prevención, de la Comunidad de Madrid; y Honorio Ban-

do de la EPOC en nuestro medio, “enfermedad muy prevalente y sin embargo prevenible, infradiagnosticada, y que genera un elevado consumo de recursos sanitarios debido a la morbimortalidad asociada a la misma”. Ancochea abogó en su alocución por la necesidad de reenfocar el abordaje de la EPOC, siguiendo la máxima fundamental de que el paciente debe vivir más y vivir mejor, para lo cual es preciso establecer una política científico-técnica específica que, aplicando el conoci-

Jornada *Presente y futuro del mercado de la asistencia privada en España*

Los médicos privados reclaman mayor protagonismo

Más de 50.000 profesionales ejercen la medicina privada en España. Un colectivo que carece del reconocimiento necesario por parte del Estado y de las compañías aseguradoras. Así se puso de manifiesto en una jornada organizada por Medical Economics y la OMC sobre el mercado de la asistencia privada en España.

La sesión fue inaugurada por Juan José Rodríguez Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, quién incidió en la importancia de celebrar una jornada para revisar la actualidad del sector de la asistencia privada, y por Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*, que agradeció su presencia en el acto a los médicos, representantes de los mismos y compañías aseguradoras, pero lamentó la ausencia importante de Muface, que declinó la invitación. La jornada contó con la asistencia de más medio centenar de expertos de los sectores afectados: administraciones sanitarias, hospitales privados, aseguradoras y médicos con consultas privadas.

José Ignacio Catalán, Representante Nacional de Medicina Privada por Cuenta Propia afirmó que el médico privado “tiene un papel regulador no reconocido, o por lo menos no suficientemente valorado, por las aseguradoras y el Estado”. Y enumeró un rosario de problemas que este colectivo mantiene con las compañías, entre ellos, la inestabilidad laboral y la existencia de honorarios basura que pueden “poner en peligro la calidad prestada”. Catalán completó sus quejas: “Como prestador de asistencia, el médico es el que realiza el gasto sanitario en beneficio del paciente y el responsable último siempre es el médico, que tiene la obligación de aplicar las modernas tecnologías en el tratamiento del mismo”.

Como ponentes, además del citado, participaron Teótimo Sáez Zazo, presidente de la Comisión Técnica de Salud de Unespa; Antonio Burgueño Carbonell, director general de Hospitales de la CAM; José María Nieto Cortijo, Repre-

sentante Nacional de Medicina Privada por Cuenta Ajena; Enrique de Porres Ortiz de Urbina, consejero delegado de Asisa; Arturo Chevalier del Río, director general adjunto de Mapfre Familiar; Jaume Orfila Timoner, ex director general de Evaluación y Acreditación del Gobierno balear, y Julián Ruiz Ferrán,

lencia, que “tratan de liberalizar el modelo de asistencia, pero cada vez nos es más difícil encontrar interlocutores”.

Nieto Cortijo señaló que las consultas privadas “asumen la mayoría de los problemas, sobre todo económicos”, ya que son el último proveedor de la asistencia sanitaria. De Porres analizó las de-



De izda. a dcha.; Teótimo Sáez Zazo, Antonio Burgueño, Manuel García Abad y José María Nieto.

ex presidente del Comité de Asistencia Sanitaria de la Asociación Europea de Aseguradoras. Todos ellos reclamaron un mayor protagonismo del médico privado en el sector sanitario español.

Por el orden citado, Sáez Zazo criticó el modelo de seguro médico privado que hay en este país, pues “tiene una cobertura paralela a la de la sanidad pública”, lo que calificó de “irracional”, aunque reconoció que “es muy difícil que las cosas cambien”. Añadió que el seguro privado de salud “está siendo muy mal utilizado por el Estado, que no le sabe sacar provecho” de cara a “aliviar la presión que soporta el sistema sanitario público”. Burgueño expuso las formas de colaboración entre los sectores público y privado de la Sanidad y se refirió a los modelos de gestión privada existentes en las comunidades de Madrid y Va-

bilidades del sector asegurador, entre las que se halla la ausencia de estímulos fiscales; resaltó las amenazas que se ciernen sobre él, como la dura competencia en precio; enumeró sus fortalezas, tal que la especialización en la prestación de servicios y en su gestión, y resaltó algunas de las oportunidades que se presentan, por ejemplo, el desarrollo de la Ley de Dependencia.

Chevalier desgranó la evolución del negocio de salud en España, Orfila se explicó en la acreditación del ejercicio médico privado, y Ruiz Ferrán trazó las coordenadas del aseguramiento privado en Europa en comparación con España. Algunos datos: el 90 por ciento del seguro en Europa es privado y el 5 por ciento de los europeos tienen contratado un seguro de asistencia privada, tres veces menos que en España. ■

Los galardones se entregarán el próximo 28 de enero de 2010

Aurora Guerra y Luis Llanes, ganadores del Certamen de Relatos Medical Economics 2009

La dermatóloga Aurora Guerra ha sido galardonada con el Gran Premio del Certamen de Relatos Medical Economics 2009 por su relato "Manuel me mira a los ojos" y el urólogo Luis Llanes ha sido distinguido en la categoría Premio Joven-Plus por "Una cuestión de autoridad".



Los miembros del jurado: Rafael Riestra de Noreña, Enrique González Morales, el Prof. Pedro García Barreno, Manuel García Abad, José María Martínez, Diego López Llorente, Gonzalo San Segundo y el Prof. Diego Gracia Guillén (de izda. a dcha.).

Medical Economics, con la colaboración de Pullmantur, ha instituido el Certamen de Relatos 2009, dirigido a licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España. Los artículos, originales, no publicados por ningún otro medio, debían versar sobre aspectos relacionados con la práctica médica (soluciones a problemas clínicos, vivencias personales, enseñanzas derivadas de juicios o demandas, nuevas formas de afrontar la Medicina tras casos concretos, etc.).

El Gran Premio del Certamen de Relatos Medical Economics 2009 ha recaído en la dermatóloga Aurora Guerra, autora de "Manuel me mira a los ojos" y el Premio Joven-Plus en el urólogo Luis Llanes, por "Una cuestión de autoridad".

Los accésit han sido otorgados a los médicos de Atención Primaria Roberto

José Sánchez, en la categoría Gran Premio, y Venancio Díaz, en la de Médicos Jóvenes-Plus, por los relatos "Tres" y "Cuarenta años de fumador", respectivamente.

Una vez finalizado el pasado 31 de octubre el plazo para la presentación de originales, el jurado del Certamen se reunió para deliberar el pasado 11 de noviembre. El jurado de este I Certamen de Relatos ha estado formado por Manuel García Abad, editor de *Medical Economics* (presidente del jurado); José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de *Medical Economics*; el profesor Pedro García Barreno, de la Real Academia Española; el profesor Diego Gracia Guillén, de la Real Academia Nacional de Medicina; el doctor Diego

López Llorente, presidente de Club Médico; Rafael Riestra de Noreña, director de Ventas y Grandes Cuentas de Pullmantur y Enrique González Morales, coordinador de *Medical Economics*, (secretario del jurado).

Tras el fallo del jurado, el profesor García Barreno aseguró que "este primer premio deber ser un estímulo para la producción literaria de los médicos, para que se escriba más y mejor, por lo que se ha de agradecer una iniciativa como la de *Medical Economics*, y cuidarla, pues merece mucho la pena".

El Certamen, que ha tenido una gran acogida en esta primera edición por parte de los médicos lectores de la publicación, es una réplica del Certamen de Relatos organizado por la edición americana de *Medical Economics* con carácter anual, desde hace una década.

Los premios del Certamen de Relatos 2009 se entregarán el próximo 28 de enero en el Hotel Palace, coincidiendo con la gala del VI Aniversario y entrega de galardones anuales de *Medical Economics*. ■



Gestión Profesional

Quejas y reclamaciones: ¡actúe positivamente!



José María Martínez García*

Empezaré por comentar una situación especial a resolver en la práctica diaria que servirá, como preámbulo, para entrar en la estricta teoría de la resolución de quejas y reclamaciones. Me refiero a la que se plantea en las situaciones de espera previas a la entrada en la consulta de los pacientes.

Cuando ellos están esperando que se les llame, bien sea al poco de llegar o entre prueba y prueba deben ser conscientes de que se está pendiente de ellos, nunca deben sentir que “están abandonados a su suerte”. Vigile los movimientos que se producen en la sala de espera: esto le va a descubrir su estado de ánimo. Y si se produce un retraso en su entrada a la consulta, evite que hagan comentarios con los demás pacientes sobre cuánto tiempo llevan esperando.

Cuando un paciente decide, formal o informalmente, presentar una queja o reclamación, en muy contadas ocasiones lo hace por el placer de quejarse en sí mismo (quejas improcedentes); la situación de presentación de una queja o reclamación no es, en ningún caso, una situación cómoda para el reclamante. Es por ello que siempre se deben tener en cuenta y analizar con la mayor objetividad.

¿Cómo abordar una reclamación de forma que resulte positiva? Tómela no como un problema, sino como una oportunidad para detectar opciones de mejora; mire atentamente a los ojos al paciente. Entienda que un paciente que reclama, raras veces lo hace gratuitamente (reclamaciones improcedentes), y que, por tanto, es posible que se cumpla la consabida frase de “el cliente siempre tiene razón”. Segregue al paciente del resto, e invítelo a que se sienta y haga preguntas abiertas de modo que el paciente pueda expresarse libremente. Escuche atentamente y utilice un lenguaje positivo, tome nota de lo que se dice, si la queja o reclamación es complicada. Antes de terminar la conversación, haga un

resumen y asegúrese de que han quedado claros los términos del acuerdo; y por último, haga algo más: el paciente que ve resuelta su demanda se considera atendido. Llámelo por teléfono, o envíele una carta, para asegurar que se han tenido en cuenta todos los términos del acuerdo. Entonces estará satisfecho.

La clave para el manejo de situaciones de conflicto radica en que éstas sean analizadas conociendo la causa que las ha generado. Por tanto, ante la duda, pregunte. Esto le ayudará a tomar decisiones correctas. A continuación, se detallan algunas “recetas” que le ayudarán a mantener sus criterios una vez resuelto el conflicto:

- **Técnica del disco roto.** Repita su punto de vista con tranquilidad.

- **Técnica del acuerdo asertivo.** Responda a la crítica, admitiendo que ha cometido un error.

- **Técnica de la pregunta asertiva.** Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en sus argumentos.

- **Técnica para procesar el cambio.** Desplace el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema de la misma.

- **Técnica de la claudicación simulada.**

Aparente ceder terreno, sin hacerlo realmente. Muéstrase de acuerdo con el argumento de la otra persona, pero no consciente.

- **Técnica de ignorar.** Ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado, y aplace la discusión hasta que éste se haya calmado.

- **Técnica del quebrantamiento del proceso.** Responda a la crítica que intenta provocarle, con una sola palabra, o con frases lacónicas.

- **Técnica de la ironía asertiva.** Responda positivamente a la crítica hostil.

- **Técnica del aplazamiento asertivo.** Aplace la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente. ■

» Segregue al paciente del resto, e invítelo a que se sienta y haga preguntas abiertas de modo que el paciente pueda expresarse libremente. Escuche atentamente y utilice un lenguaje positivo.

» La clave para el manejo de situaciones de conflicto radica en que éstas sean analizadas conociendo la causa que las ha generado. Por tanto, ante la duda, pregunte.

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

DKV Seguros crea la primera red social sobre salud

Médicos, asociaciones científicas y agrupaciones de pacientes interactúan con los usuarios de Vive la salud, la plataforma de intercambio de información sobre salud y prevención que ha puesto en marcha DKV.

DKV Seguros ha apostado siempre por implementar la relación con sus clientes y profesionales médicos a través de las nuevas tecnologías. Gracias a estas actuaciones, la presencia de la aseguradora en la red es destacada y numerosos informes destacan la calidad de sus contenidos on line. Ahora la compañía da un salto hacia el concepto web 2.0, en el que los internautas no sólo reciben información sino que también interactúan y aportan conocimiento.

Para ello, ha creado la comunidad virtual Vive la Salud, www.vivelasalud.com. Un punto de encuentro virtual de personas sensibilizadas con su salud y la de los suyos, con artículos, preguntas y respuestas sobre enfermedades, prevención y hábitos saludables. En este portal los propios usuarios, con sus intervenciones, crean los contenidos y dan valor a la comunidad.



En este portal los propios usuarios, con sus intervenciones, crean los contenidos y dan valor a la comunidad.

Asesoramiento profesional

Para asegurar la calidad de las informaciones vertidas en la comunidad, la compañía ha invitado a profesionales médicos de confianza para que moderen, den respuesta a las principales dudas e intercambien conocimientos con los usuarios. En este afán por asegurar la profesionalidad de los comentarios, www.vivelasalud.com no permite registrarse a los médicos, sino que deben solicitar su acceso directamente a los administradores del portal.

A principios de 2010, la compañía complementará la comunidad virtual con un novedoso programa preventivo y de fomento de la salud para sus clientes con el apoyo de profesionales médicos que ofrecerán asesoramiento personalizado. Será en esta plataforma donde se desarrollen programas de prevención cardiovascular, cáncer de próstata, cáncer de mama, obesidad infantil, etc. De esta forma, DKV Seguros facilitará a sus asegurados eliminar factores de riesgo, reconocer los síntomas precoces y particulares en actividades preventivas. ■



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

cristalmina

ANTISEPTICO CON
GLUCONATO DE
CLOPHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución: Desinfectante. Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN QUÍMICA:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (CG) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polietileno Glicol, Agua perfumada, Anisólico, de acción bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bacteriostático y fungicida. **CONTRAINDICACIONES:** Heridas, quemaduras, laceraciones, grietas, rozaduras, aftas bucales, escurridos, acné, impétigo, flegmas respiratorias, prevención de infecciones en la piel por descuido. **Desinfección de la piel en operaciones:** Desinfección del campo en región nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **PRECAUCIONES:** 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:** Evitar el contacto con los ojos. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Irritación ocular accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse inmediatamente con agua antes de usarlo. **CONTRAINDICACIONES DE CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN:** Preservase de la luz. **INDICACIONES 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. **POSOLÓGICA:** Una sola, una o dos aplicaciones locales, evitando repetirse varias veces como se considere necesario. Las zonas sobre las que haya gárbado CRISTALMINA no se lavarán con agua ni otros hipocloritos, sino con detergentes domésticos a base de peróxido sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRECAUCIONES:** **OTRAS PRECAUCIONES:**
Cristalmina solución 1%: envase 300 ml
Cristalmina solución 1%: envase 125 ml
Cristalmina solución 1%: envase 25 ml
Cristalmina solución 1% monodosis
Cristalmina film 1% gel: envase 100 g
Cristalmina film 1% gel: envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1%: envase 90 ml

InfoSalvat
900 80 60 60
infosalvat@salvabiocib.com

SAIVAT
www.salvat.com

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Suelos contaminados (II)



Elisa Herrera Fernández*

» En España, hasta la llegada de la Ley 10/1998 de Residuos, de 21 de abril de ese año, no existía ninguna norma legal que estableciera la existencia de suelos contaminados.

» La importante novedad de la Ley de Residuos, estableciendo una regulación específica para los suelos contaminados, es un hito esencial en la defensa de este recurso del planeta.

Que un suelo esté contaminado no solamente supone una pérdida del mismo para usarlo como recurso, es decir no puede ser usado para cultivos, o para edificar, o para el esparcimiento de la población, supone también, en su última fase la llegada de la desertificación. Este fenómeno se materializa cuando el suelo pierde su capacidad de realizar sus funciones. El suelo es un recurso limitado y no renovable, dado que se necesitan 500 años para recuperar una biodiversidad destruida de 2'5 cm de espesor.

Resulta curioso que siendo uno de los problemas ambientales de mayor importancia, pasa totalmente inadvertido para la opinión pública, probablemente por desconocimiento, lo que aumenta la dificultad para prevenir y proteger el recurso. No obstante, para avanzar en la defensa del suelo como recurso natural no renovable fue determinante la aparición de legislación ambiental al respecto, primero en el seno de la comunidad europea, y posteriormente en nuestro país. Debemos tener en cuenta que el Derecho, en sí mismo, es una herramienta que se pone en marcha para proteger aquellos bienes que la sociedad considera dignos de especial protección, y que sus mecanismos coercitivos han permitido frenar la degradación del suelo.

Desde el año 1991, la Administración General del Estado adoptó algunas medidas de protección. Concretamente se hizo un primer Inventario de Espacios Contaminados, por el Ministerio de Obras Públicas, Transportes y Medio Ambiente, que abarcó todo el territorio español. Posteriormente, en el año 1995, se elaboró un Plan de Recuperación de Suelos, para el período 1995-2005. Pero en España, hasta la llegada de la Ley 10/1998 de Residuos, de 21 de abril de ese año, no existía ninguna norma legal que estableciera la existencia de suelos contaminados, de las medidas a adoptar en su protección, y de la responsabilidad de quienes hubieran contami-

nado. Es decir es una norma, relativamente reciente, transposición de la Directiva 91/156/CEE de 18 de marzo de 1991, la cual significó, que por parte de la Unión Europea, se adoptaba una moderna política de residuos.

La importante novedad de la Ley de Residuos, estableciendo una regulación específica para los suelos contaminados, es un hito esencial en la defensa de este recurso del planeta. Nuestra ley se basó en las experiencias llevadas a cabo en otros países, que contaban ya con legislación más avanzada sobre esta materia, como por ejemplo Holanda y Alemania. Sin embargo la ley necesitaba de un posterior desarrollo reglamentario para desarrollar el procedimiento de declaración de suelo contaminado y la obligación del contaminador de proceder a la descontaminación del suelo, lo que hacía difícil su aplicación efectiva y convirtió a la Ley de Residuos, en lo que respecta a este tema, en papel mojado. La aprobación el 14 de enero del Real Decreto 9/2005, vino a solventar la laguna legal existente, estableciendo la relación de actividades potencialmente contaminantes y los criterios y estándares para la declaración de suelo contaminado.

En nuestra próxima columna veremos cuál es el concepto de suelo contaminado para la ley, y qué medidas se adoptan por parte de las comunidades autónomas para los emplazamientos en estado de degradación. Precisamente, la enorme dificultad que conlleva la limpieza y recuperación de un suelo contaminado, obliga a que en este supuesto, sea la normativa vigente la que prime en esta materia y depure responsabilidades y obligaciones.

Es evidente que estas operaciones son bastante costosas y si la Administración pública realmente quiere que el régimen jurídico establecido para suelos contaminados sea viable, en la práctica implica colaborar con la aportación de fondos públicos. ■

*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Organizado por Daemon Quest

Modelos y tendencias de la salud en España

En el sector de salud es clave para el futuro el equilibrio entre la financiación y las prestaciones: posibilidad de copago y seguros complementarios, evitar la introducción de nuevas prestaciones sin estudiar la viabilidad, y tener en cuenta las nuevas formas organizativas. Lo señaló el profesor Manel Peiro,



La jornada contó con una amplia representación de la industria farmacéutica.

director de Programas de Gestión Sanitaria de ESADE, durante el encuentro profesional: “Modelos y tendencias del sector salud en España”, organizado por Daemon Quest y que contó con la presencia de Laboratorios Juste, Grupo Indas, Corporación Alimentaria Peñasanta, S.A. (Capsa) y Capiro Sanidad,

que analizaron su visión de futuro del mercado. En opinión de Javier Hidalgo, director general de Laboratorios Juste, a pesar de una situación económica y financiera negativa, los laboratorios mantienen una situación favorable, ya que tienen un crecimiento medio del 4 por ciento. Pero hay que adaptarse al nuevo entorno, desarrollar un nuevo modelo comercial”. ■

XIX Beca Mutual Médica

Mutual Médica reparte 18.000 euros

Patricia Sobradillo, del Ciber de Enfermedades Respiratorias (Ciberes), es la ganadora de la XIX Beca Mutual Médica, dotada con 9.000 euros, por el proyecto *Inflamasoma, enfermedades autoinflamatorias y EPOC*. Además de esta beca, Mutual Médica ha otorgado dos accésits, a María Luisa García-Melgares, de Valencia, por un estudio sobre polimorfismos genéticos y psoriasis, y a Silvia Solà, de Hospitalet de Llobregat, en Barcelona, por un proyecto sobre calidad de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca. El III Premio Josep Font, dotado con 3.000 euros, ha recaído en esta ocasión en Ricard Ferrer, del Hospital Parc Taulí, de Sabadell, en Barcelona, por el artículo de investigación *Mejora del proceso de cuidado y resultados después de un programa educativo multicéntrico sobre la sepsis severa en España*. ■



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-carbami-
glutámico 200 mg, Melonina (D.C.I.) 200 mg, Miconazola 200 mg, Nifedipina (D.C.I.)
2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tóxicas
e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de
segundo y tercer grado. Pododermis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza
enzimática de fístulas 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 repetirse dos o más veces al día, previo lavado con
agua de los res duos 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 lógicamente otro tipo de
preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes
hipo-sensibles al natural; pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones
cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación
y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este
producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de
Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: tubo de 40 g. Sin
receta médica. PVP: 7,21 PVP/IVA: 7,49 euros

InfoSalvat

info@salvat.com
www.salvat.com

SALVAT
salvat.com

Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici*

Gripe A e información

¿Contempla la ley la información que se ha de dar acerca de la gripe A?

En la época en que se dictó la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, se hallaba latente la preocupación en los ámbitos sanitarios sobre la posible transmisión a los seres humanos de la, entonces denominada, gripe aviar, razón ésta por la que el legislador insertó un artículo específico estableciendo la regulación general de la información epidemiológica. En ese sentido el referido artículo 6 de la citada ley se refiere al derecho a la información epidemiológica, de la siguiente forma: "Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley".

Consentimiento informado del menor

¿Pueden dar los menores consentimiento informado sin el visto bueno de su representante legal?

De la regulación legal contenida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y con respecto al consentimiento informado de los menores, cabe destacar la idea de que, con anterioridad a la mayoría de edad, el menor puede realizar determinados actos, básicamente relacionados con los derechos de la personalidad, sin el consentimiento de su representante legal, siempre que sus condiciones de madurez se lo permitan. En relación con el paciente, dicha ley distingue cuatro estadios con relación a su edad: el menor no maduro (0 a 12 años), cuyo consentimiento corresponde a sus padres o a su representante legal; el menor no maduro (12 a 16 años), respecto del cual hay que pedirle opinión; el menor maduro (16 a

18 años), cuya opinión es vinculante, con algunas excepciones, y la mayoría de edad (a partir de los 18 años), coincidente con la plena mayoría de edad médica.

Mayoría de edad sanitaria

¿A partir de qué edad se puede establecer la "mayoría de edad sanitaria"?

Si el paciente mayor de 16 años y el menor emancipado pueden prestar válidamente su consentimiento informado sin necesidad de ratificación por su representante legal, ellos deben ser los destinatarios de la información asistencial. Únicamente se exige informar, en este caso, a los padres, en caso de actuación de grave riesgo. La información, fuera de los supuestos de grave riesgo, a familiares u otras personas vinculadas por el menor, queda fuera del ámbito de la exigencia de legalidad, sin perjuicio de que pueda quedar bajo el campo de la oportunidad y conveniencia.

Gripe A y mujer embarazada

¿Cómo tienen que actuar los profesionales sanitarios en la administración del tratamiento antivírico en las mujeres embarazadas?

El profesional sanitario, antes del tratamiento de quimioprofilaxis post-exposición en la mujer embarazada mediante la administración de antivirales, deberá valorar el beneficio-riesgo de dicha administración, de tal manera que el fármaco solamente debería administrarse en aquellos casos en los que el beneficio potencial para la madre justifique el riesgo potencial para el feto. La asunción de los mismos por parte de la paciente pasa por que se lleve a cabo la información sanitaria prevista en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, con carácter previo a la prestación del consentimiento al tratamiento por parte de la paciente con antelación suficiente a la administración del fármaco. Este consentimiento informado deberá efectuarse por escrito para su constancia. ■

» Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.

» El profesional sanitario, antes del tratamiento de quimioprofilaxis post-exposición en la mujer embarazada mediante la administración de antivirales, deberá valorar el beneficio-riesgo de dicha administración.

*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

Chiesi organiza una jornada sobre la evaluación de medicamentos

Casi un centenar de especialistas del sector farmacéutico se dieron cita en Toledo en la jornada Evaluación de Medicamentos en las Organizaciones Sanitarias.

La jornada *Evaluación de Medicamentos en las Organizaciones Sanitarias* reunió a numerosos responsables sanitarios del sector, para reflexionar sobre la metodología de este tipo de evaluaciones y su impacto en el uso racional de los medicamentos. La reunión fue patrocinada por Laboratorios Chiesi. Tras la inauguración



De izda. a dcha., José M^a Recalde, Carmen Encinas, Ángel M^a Martín y Virginia Arroyo.

por parte de Álvaro Santos, director general de Atención Sanitaria y Calidad; Ángel María Martín Fernández-Gallardo, jefe de Farmacia del Sescam y por Carmen Baso-

las, directora de Relaciones Institucionales de Laboratorios Chiesi, el encuentro giró en torno a dos mesas redondas. La primera mesa, moderada por Ángel María Martín, "Herramientas, Metodología e Impacto de la Evaluación de Medicamentos", contó como ponentes con José María Recalde, coordinador del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos; Virginia Arroyo, de la gerencia de Atención Primaria de Talavera; y Carmen Encinas, jefa de Farmacia del Hospital de Ciudad Real.

Durante la jornada se puso de manifiesto que la evaluación de medicamentos es una necesidad para el Sescam, dada la cada vez mayor medicalización de la sociedad, la complejidad de la información que avala las indicaciones terapéuticas, la escasez de estudios de superioridad terapéutica de unas alternativas frente a otras, las grandes variaciones de costes de las alternativas existentes y la necesidad de fuentes de información independientes que clarifiquen el valor real de los mismos para las organizaciones sanitarias al margen de la presión comercial.

La segunda mesa redonda titulada "La experiencia del *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* en el Reino Unido", contó con Yolanda Bravo, de la Universidad de Liverpool, que presentó los objetivos y principales logros del NICE en el período 1999-2009. ■



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



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



"NO ADHESIVOS"
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo
del paciente

InfoSalvat
800 00 80 00
infosalvat@salvatborech.com

SALVAT
innovación y calidad

Impuestos

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Aplicación del mínimo por descendientes

¿Quiénes son los descendientes a la hora de aplicar el mínimo por descendientes en el IRPF?

A efectos de la aplicación del mínimo por descendientes, se consideran como tales los hijos, nietos, bisnietos, etc., que desciendan del contribuyente y que estén unidos a éste por vínculos de parentesco en línea recta por consanguinidad o adopción, pero no los que lo sean en línea colateral (sobrinos) o por afinidad (hijastros). Las personas vinculadas al contribuyente por razón de tutela y acogimiento también se consideran descendientes a estos efectos. Las circunstancias familiares que deben tenerse en cuenta para la aplicación de este mínimo serán las existentes a 31 de diciembre de cada año, o a la fecha de fallecimiento, por ser esos días los del devengo del IRPF.

Requisitos para aplicar el mínimo por descendientes

¿Qué requisitos hay que reunir para que se pueda aplicar el mínimo por descendientes?

Únicamente podrán aplicar el mínimo por descendientes en el IRPF aquellos contribuyentes que cumplan los siguientes requisitos:

1. Que el descendiente sea menor de 25 años a la fecha de devengo del impuesto, salvo que se trate de descendientes con discapacidad con un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, en cuyo caso no habrá límite de edad.
2. Que el descendiente conviva con el contribuyente. En los supuestos de separación matrimonial legal, el mínimo por descendientes corresponderá a quien, de acuerdo con lo dispuesto en el convenio regulador aprobado judicialmente, tenga atribuida la guarda y custodia en la fecha de devengo del impuesto. Cuando la custodia sea compartida, el mínimo

por descendientes se prorrateará entre ambos padres.

3. Que el descendiente no obtenga rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros.
4. Que el descendiente no presente declaración-liquidación del IRPF con rentas superiores a 1.800 euros.

Cuantía del mínimo aplicable

¿Cuál es la cuantía a aplicar en el mínimo por descendientes?

La cuantía del mínimo aplicable varía según el número de descendientes que tenga el contribuyente. Las vigentes para 2009 son las siguientes:

- Por el primer descendiente: 1.836 euros anuales.
- Por el segundo descendiente: 2.040 euros anuales.
- Por el tercer descendiente: 3.672 euros anuales.
- Por el cuarto y siguientes descendientes: 4.182 euros anuales.

En aquellos casos en los que el descendiente del contribuyente sea menor de tres años, el mínimo que le corresponda, atendiendo al número de descendiente de que se trate, se incrementará en 2.244 euros. Así, si el descendiente menor de tres años es el segundo hijo del contribuyente, el mínimo por este descendiente será de 4.284 euros (2.040 + 2.244).

Poniendo como ejemplo un matrimonio formado por un cirujano torácico y una oftalmóloga, con el que conviven sus tres hijos de 19, 15 y 3 años, que no obtienen rentas, el mínimo por descendientes aplicable al matrimonio si presentase declaración-liquidación conjunta sería de 9.792 euros (en el caso de declaración individual, 4.896 cada miembro del matrimonio): 1.836 euros por el primer descendiente; 2.040 euros por el segundo descendiente; y 5.916 (3.672+2.244) por el tercer descendiente. ■

» Las circunstancias familiares que deben tenerse en cuenta para la aplicación de este mínimo serán las existentes a 31 de diciembre de cada año, o a la fecha de fallecimiento.

» Para aplicar el mínimo por descendiente se requiere que el descendiente no obtenga rentas anuales, excluidas las exentas, superiores a 8.000 euros.

JORNADA

Medical Economics

La investigación sanitaria en la Región de Murcia



Salón de Actos
Consejería de Sanidad y Consumo

Ronda de Levante, 11
Murcia, 16 de diciembre de 2009

Con la colaboración de



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

SureSkin[®] II
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE II^a GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide
tan flexible y
adaptable como la piel

InfoSalvat
800 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com



Novartis pone en marcha la iniciativa KEEP

Novartis, en su compromiso con la protección del medio ambiente, ha puesto en marcha la iniciativa KEEP Clean mediante la cual todas las áreas de la compañía dedican una parte de su jornada laboral a la revisión de la documentación que guardan y al reciclado. Asimismo, este año se ha puesto en marcha una nueva iniciativa, KEEP Green, que tiene como objetivo principal hacer del entorno de trabajo habitual un lugar mejor y más limpio.

La protección del medio ambiente es uno de los pilares fundamentales de la gestión de Novartis. Como parte de su compromiso con la protección del medio ambiente y el respeto por el entorno natural, Novartis Farmacéutica en España ha puesto en marcha la iniciativa KEEP Clean, mediante la cual todas las áreas de la compañía dedican una parte de su jornada laboral a la revisión de la documentación que guardan y el reciclado de la que ya no precisan. En 2008 fueron 25 toneladas de papel las que se consiguieron reciclar en la sede central.

La iniciativa KEEP Clean viene a reforzar la jornada con componente medioambiental denominada "Housekeeping", que se incluye cada año en la semana que Novartis dedica a la prevención. Esta jornada de orden, limpieza y reciclaje, permite anualmente a cada departamento eliminar el material obsoleto acumulado e innecesario. Esta actividad es amenizada mediante un concurso interdepartamental que premia a quien más kilos elimina.

Desde 2007, la gestión del residuo de papel generado en las oficinas centrales de la compañía está a cargo de FEMAREC, entidad de iniciativa social y sin ánimo de lucro, de referencia

dentro del ámbito de la integración sociolaboral de colectivos en riesgo de exclusión, que trabaja desde sus orígenes a favor de la cohesión social.

Asimismo, cabe señalar que, ya a finales de 2007, la compañía instaló en

pos ofimáticos y se contribuye a un mejor orden en el lugar de trabajo.

Como símbolo del objetivo de esta iniciativa, el compromiso de Novartis y sus colaboradores con la sostenibilidad medioambiental, el lugar que

ocupaban antes los viejos equipos lo ocupan ahora mace-tas con flores. Solamente en España, con KEEP Green se salvarán cada año 700 árboles, se ahorrarán 1.605.000 folios y 2.150.000 litros de agua, y se reducirán las emisiones de CO² en un 60 por ciento. Las iniciativas KEEP



sus oficinas contenedores de plástico y metal destinados al reciclaje de los vasos de plástico utilizados en las máquinas de café y agua, así como los envases de las máquinas expendedoras.

Equipos ofimáticos sustituidos por flores

Por otro lado, este año se ha puesto en marcha una nueva iniciativa, KEEP Green, que tiene por objetivo principal hacer del entorno de trabajo habitual un lugar mejor y más limpio.

El propósito de KEEP Green es optimizar el uso de impresoras y faxes en las oficinas centrales de Barcelona, minimizando así el impacto medioambiental resultante de su utilización, a la vez que se reducen costes, se modernizan los equi-

Green y KEEP Clean se enmarcan dentro del compromiso de Novartis con el respecto por el medio ambiente, como parte fundamental de su conducta empresarial responsable. Con KEEP Green y KEEP Clean, Novartis da un paso más a favor de la preservación del medio natural.

Según el director general de Novartis Farmacéutica, Francisco Ballester, "estas iniciativas tienen como objetivo principal hacer de nuestro entorno de trabajo habitual un lugar mejor para desarrollar nuestra actividad y se enmarcan dentro de nuestras prioridades clave: el paciente, la gestión responsable, nuestros colaboradores y sus comunidades y la protección del medio ambiente". ■



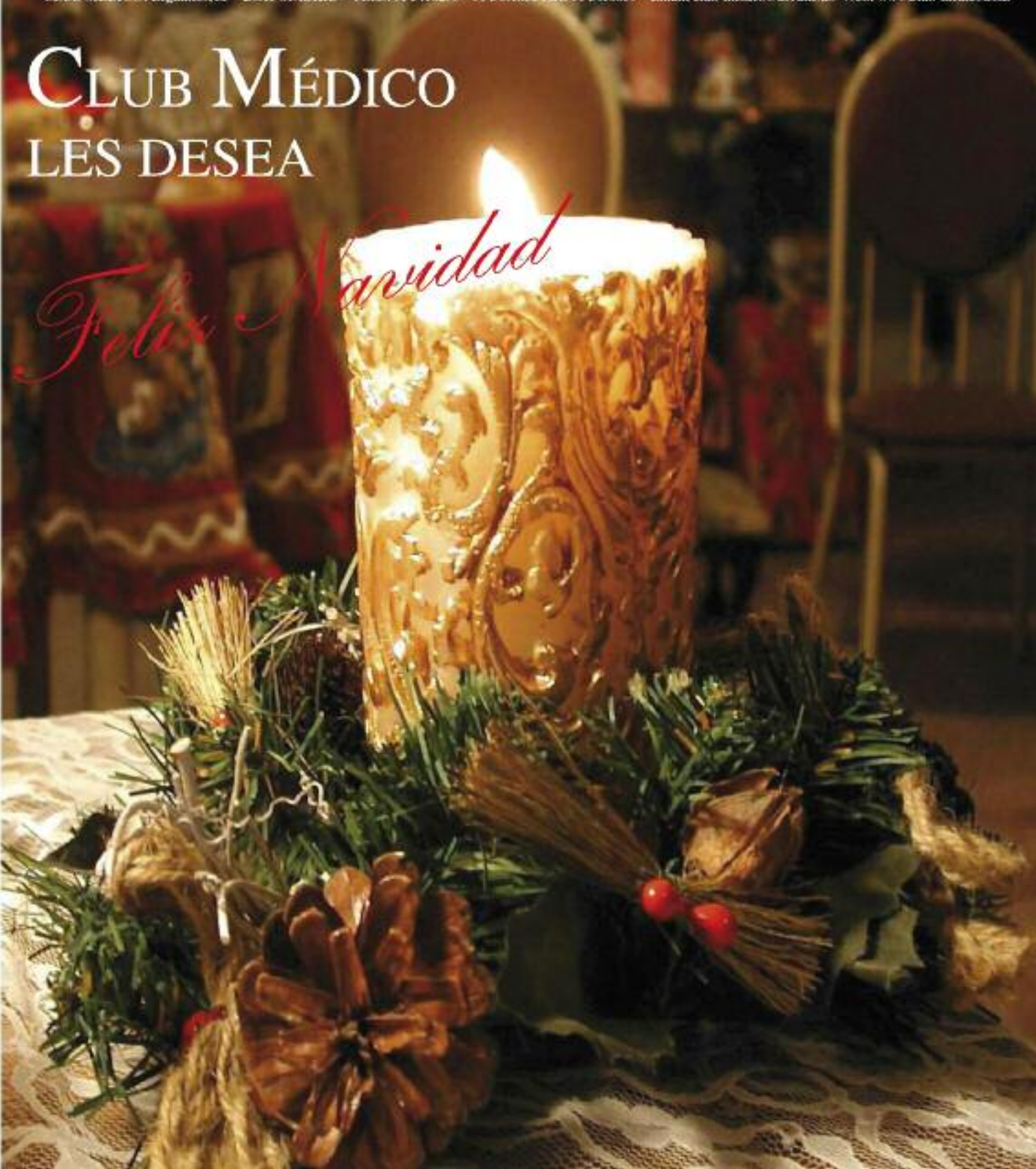
Club Médico

Informativo

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

CLUB MÉDICO LES DESEA

Feliz Navidad



LOS MEJORES CRUCEROS FLUVIALES DE EUROPA 2010

POLITOURS
RIVER CRUISES

(FLETADOS EN EXCLUSIVA POR POLITOURS)



CRUCERO POR EL DUERO

Crucero 8 días / 7 noches
de Oporto a Oporto
Salidas SÁBADOS y DOMINGOS (fechas indicadas)
Julio - Agosto y Puentes
M.S. DOURO CRUISER 4* Sup.

desde
790€
por persona



CRUCERO MAAS Y ESCALDA

Crucero 8 días / 7 noches
de Amsterdam a Bruselas o viceversa
Salidas todos los DOMINGOS
13 de Junio a 12 de Septiembre 2010
M.S. SWITZERLAND II 4*

desde
975€
por persona



CRUCERO POR EL DANUBIO

Crucero 8 días / 7 noches
de Linz a Budapest o viceversa
Salidas todos los LUNES
31 de Mayo a 13 de Septiembre 2010
M.S. SWISS DIAMOND 4* Sup.

desde
985€
por persona



CRUCERO RHIN E MOSELA

Crucero 8 días / 7 noches
de Colonia a Estrasburgo o viceversa
Salidas todos los LUNES
31 Mayo a 13 de Septiembre 2010
M.S. SWISS CRYSTAL 4* Sup.

desde
985€
por persona



CRUCERO POR EL VOLGA

Crucero 11 días / 10 noches
de Moscú a San Petersburgo o viceversa
Salidas LUNES y JUEVES (fechas indicadas)
17 de Mayo a 20 de Septiembre 2010
M.S. ZOSIMA SHASHKOV 3*

desde
1.390€
por persona

AVIÓN INCLUIDO
DESDE MADRID

Información y reserva en su agencia de viajes



POLITOURS

CAA-19

www.politours.com

Descuentos
(reserva anticipada)
7% (de 50 días)
12% (de 80 días)
Plazas Limitadas

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

E-mail: club-medico@arrakis.es • Cicma 1448

pullmantur

Playa: (del lat. *plagĭa*.)

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.

Disfruta
del verano
en invierno

ESTELA DEL CARIBE

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque PACIFIC DREAM

DESDE SÓLO

687€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Tasas no incluidas (180€): Tasas de puerto / aeropuerto por persona y 45€ 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 las ofertas del momento.

www.pullmantur.es

1998

2000

2002

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

D

Madrid
3 · 4 · 5
Marzo
2010

E

Z

www.club-medico.com



SAMEM

10º Encuentro
Nacional de Salud y
Medicina de la Mujer

Estimado Socio:

Le anunciamos la celebración del 10º Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer, SAMEM que tendrá lugar los días 3, 4 y 5 de marzo en el Palacio de Congresos de Madrid. Dada la gran importancia que ha tenido en los medios científicos y de comunicación las ediciones anteriores en las que hubo más de 2000 participantes, Club Médico ofrece a sus socios becas y ayudas para participar en el mismo. Solicítenos el programa definitivo del Congreso en el que creemos que se ha logrado la participación de los mejores especialistas en los temas más importantes que afectan a la salud de las mujeres en España. Si desea participar en el mismo, póngase en contacto con las oficinas del Club o directamente con el Instituto Palacios, no mas tarde del 2 de febrero.



Centro Médico
Instituto Palacios
Salud de la Mujer

Palacio de Congresos
Madrid · Castellana, 99

Medical Economics

Chequeo fundaciones

Abriendo caminos para mejorar la atención al paciente con dolor

Especial coordinado por:
Gonzalo San Segundo



Los caminos de la Fundación

Compromiso y contribución social

En el año 2000, se constituyó la Fundación Grünenthal bajo el lema *Abriendo caminos*.

Hace casi una década, en el año 2000, se constituyó la Fundación Grünenthal, bajo el lema *Abriendo caminos*. Sus señas de identidad son: carácter multicultural y componente internacional; y sus objetivos básicos enfocados al dolor: dedicación a la formación de profesionales sanitarios, apoyo a la investigación biomédica, divulgación de conocimientos científicos, compromiso social, campañas de sensibilización, educación sanitaria a la población y colaboración con sociedades científicas y ONGs. En sus estatutos se recoge:

- Desarrollo de la ciencia médica y especialmente en los campos del dolor, de la medicina paliativa y de las enfermedades neurodegenerativas.
- Promoción de la investigación en el ámbito de la Medicina.
- Apoyo a los profesionales de la Medicina en el conocimiento y estudio de los avances técnicos y científicos.
- Mejora de la calidad en la asistencia médica.

La realidad contrastada demuestra lo acertado de la iniciativa llevada a cabo por Grünenthal Pharma en el año 2000; pues cada diez

consultas que se producen en España, ocho están vinculadas al dolor, lo que constituye uno de los principales problemas de salud pública con importantes repercusiones laborales. La incidencia del dolor afecta a nueve millones de personas en España, aunque sólo un 2 por ciento de los pacientes con dolor crónico terminan siendo tratados en una unidad especializada.

De ahí que el dolor merezca una atención especial, particularmente en nuestro país. Por eso la Fundación Grünenthal, en colaboración con la Universidad de Salamanca, creó a finales de 2000 la Cátedra Extraordinaria del Dolor, con el objetivo de promover actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del dolor; y en junio de 2008 puso en marcha, con la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), la Plataforma SinDolor, con la misión de mejorar la atención al paciente con dolor y a sus familiares. En esta misma línea de compromiso con la sociedad, actualmente está en vías de creación una segunda Cátedra con la Universidad de Cádiz, Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal Universidad de Cádiz, y que continúa con los mismos fines que la Cátedra de Salamanca, con actividades y proyectos complementarios incorporando un componente social y de educación sanitaria a los pacientes. ■



El dolor es el síntoma más prevalente en las consultas españolas.

Los objetivos

La labor que realiza la Fundación Grünenthal se centra en los siguientes objetivos:

Educación Médica Continuada. El fin es mejorar la calidad asistencial, para lo cual coopera con las autoridades sanitarias y educativas, y con su patrocinio se imparten programas para estudiantes en las facultades de Medicina y Farmacia, así como para farmacéuticos, médicos especialistas y de Atención Primaria.

Fomento de la Investigación. Se lleva a cabo por medio de la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Universidad de Salamanca, que realiza diversos proyectos de investigación en el área del dolor. Además, convoca cada año diversos premios para fomentar la investigación en nuestro país.

Colaboración con sociedades científicas y otras instituciones. Las sociedades científicas, los colegios profesionales, los organismos dedicados a la investigación y las instituciones docentes son entidades con las que la Fundación tiene establecidos vínculos para crear una cooperación fructífera. También es de resaltar la colaboración con la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA), que en 2008 obtuvo uno de los Premios que otorga la Fundación Farmaindustria a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente; y con la Asociación para las Familias con Alzheimer (AFAL) en relación con cursos de formación del *Método Monstessori*.

Docencia e investigación

Los pilares de la Fundación

Los pilares sobre los que se asienta la actividad de la Fundación Grünenthal son: la labor docente en educación sanitaria a la población, colaboración con las asociaciones de pacientes y ONGs, campañas de sensibilización sanitaria y compromiso social.

La Fundación destina parte de sus recursos a mejorar la calidad asistencial, lo que le permite cooperar con las autoridades sanitarias y educativas en la labor docente e investigadora, mediante la realización de programas y becas en las facultades de Medicina y Farmacia, así como cursos de formación médica continuada para médicos especialistas y de Atención Primaria.

Con ese horizonte, y desde el año 2002, ha patrocinado cursos y actos como diversas

reuniones de expertos en las que se han debatido temas como el dolor neuropático, el manejo de los opioides, el dolor en el paciente anciano, el dolor oncológico, aspectos socioeconómicos del dolor, evaluación y diagnóstico del dolor, y farmacoterapia para el control del dolor y pautas de uso.

El fomento de la investigación se concreta, entre otras actividades, en la convocatoria y patrocinio de proyectos en colaboración con sociedades científicas, colegios profesionales,

Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal Universidad de Salamanca

Tras su constitución en el año 2000, la Fundación Grünenthal suscribió un acuerdo de cooperación con el Rectorado de la Universidad de Salamanca para crear la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal. A través de esta Cátedra, la Fundación lleva a cabo diversos proyectos de investigación, con un énfasis especial en la farmacogenética del dolor. El director de la Cátedra es Prof. Dr. Clemente Muriel Villoria, catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor de la Facultad de Medicina de la citada universidad.

Las finalidades de la Cátedra son:

1. Proporcionar un soporte a la investigación especializada en el dolor.
2. La contratación temporal de profesores visitantes de reconocido prestigio para desarrollar docencia e investigación.
3. La creación de un fondo bibliográfico especializado en la materia.
4. Incorporar becarios de investigación en el diagnóstico y tratamiento del dolor.
5. Impulsar la organización de cursos de formación, conferencias, simposios y actividades análogas que tengan por objeto materias directamente relacionadas con el dolor.
6. Impulsar y proponer a los órganos de gobierno universitarios la firma de convenios o acuerdos de colaboración sobre materias vinculadas al dolor.
7. Y en general, promover iniciativas que conduzcan a la sensibilización médica y social ante el fenómeno del dolor.

La creación de esta Cátedra le valió a la Fundación Grünenthal el Premio Mecenas de la Universidad de Salamanca en su edición de 2003. Este premio reconoció la labor de la institución y su carácter pionero, ya que fue la primera Cátedra de este tipo que se puso en marcha en España y una de las primeras del mundo.

Asimismo, y con motivo del Día Mundial del Dolor, el compromiso formativo de la Cátedra fue reconocido por la Sociedad Española del Dolor al otorgarle el Premio Universidad y Formación en su edición de 2009.

Entre sus actividades destacan reuniones con expertos para debatir temas relacionados con el diagnóstico y tratamiento del dolor; la promoción de proyectos de investigación y cursos internacionales de dolor; como Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico, Avances en el tratamiento del dolor en Reumatología y un Curso internacional de dolor en Geriatría.

En cuanto a sus principales líneas de investigación se encuentran aquéllas que estudian la base genética del dolor y el dolor neuropático.



Clemente Muriel recibe el premio de la Sociedad Española del Dolor, entregado por su secretario J. Ramón González Escalada.

organismos dedicados a la investigación e instituciones docentes, con los que la Fundación ha establecido vínculos para crear una cooperación fructífera.

También la Fundación Grünenthal fomenta la investigación en dolor mediante la convocatoria y concesión de diversos premios anuales: Premios Fundación Grünenthal a la investigación en dolor con la colaboración de la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Universidad de Salamanca, y cuya convocatoria de este año finaliza el 15 de diciembre.

Estos premios se entregan en un acto solemne en el Paraninfo de la Universidad de Salamanca y con ellos se quiere distinguir a médicos, psicólogos y científicos cuyos trabajos en el área de la investigación y de la aplicación de investigación básica “propor-

cionen una contribución significativa a las terapias de aplicación al dolor agudo y crónico”.

En 2008, el trabajo Premiado fue *Neuroestimulación periférica en neuralgia supraorbitaria refractaria a terapia convencional*, cuyo autor fue el equipo de investigadores de la Unidad del Dolor del Hospital General de Valencia, liderado por José de Andrés. Y en 2007 el premio recayó en el trabajo *Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation*, firmado por Antoni Castel, Magdalena Pérez, José Sala, Anna Padrol y María Rull, de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Joan XIII de Tarragona.

Este compromiso de la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal Universidad de Salamanca le ha valido el Premio “Universidad y Formación” de la Sociedad Española del Dolor (SED) en su edición de 2009.

Asimismo, la Fundación Grünenthal patrocina el Premio de Fibromialgia, convocado por la Fundación de Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica y auspiciado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). Este año, el trabajo premiado ha sido el presentado por los doctores Antonio Collado y Emili Gómez, de la Unidad de Fibromialgia y Servicio de Reumatología del Institut Clinic de Especialidades Médico-Quirúrgicas, *Incremento de los compuestos de glutamato en el cerebro de los pacientes con fibromialgia: un estudio mediante resonancia espectroscópica.* ■

Proyectos de futuro

Debido al éxito de la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal Universidad de Salamanca, uno de los proyectos más inmediatos es la futura creación en diciembre de este año de la Cátedra Externa del Dolor Universidad de Cádiz. Dicha Cátedra será complementaria a la de Salamanca y sus pilares básicos continuarán siendo su dedicación a la formación de profesionales sanitarios, apoyo a la investigación biomédica, divulgación de conocimientos científicos, compromiso social, campañas de sensibilización, educación sanitaria a la población y la colaboración con sociedades científicas y ONGs. Pero además, la Cátedra Externa del Dolor Universidad de Cádiz tendrá una proyección tanto nacional como internacional a nivel científico, social y humanitario del dolor. El profesor Juan Antonio Micó Segura es el impulsor de este proyecto desde la Universidad de Cádiz y firme candidato a ocupar el puesto de director de la Cátedra Externa del Dolor Universidad de Cádiz, y está previsto que el doctor Luis Miguel Torres sea el subdirector.

Plataforma SinDolor

Un proyecto sin precedentes en España

La Plataforma SinDolor, constituida en junio de 2008, tiene como objetivo mejorar la atención al paciente con dolor y persigue que el dolor sea considerado como el quinto signo vital.

La Plataforma SinDolor, un proyecto sin precedentes en España, se creó en junio de 2008 mediante la firma de un acuerdo de colaboración entre la Fundación Grünenthal y la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA). Nació con el objetivo de mejorar la atención al paciente con dolor y a sus familiares, y la pretensión de sensibilizar a las estructuras sanitarias y a la sociedad española acerca de la importancia que tiene el dolor para quien lo padece. Ambas entidades coordinan acciones de apoyo y estímulo para la realización de iniciativas que mejoren la actual situación.

Dicha iniciativa constituye el primer paso para concienciar de la importancia socio-sanitaria de esta condición a todos los agentes involucrados en el abordaje del dolor, uno de los principales problemas de salud pública, tanto por su impacto en la calidad de vida de los pacientes, como por su alto coste social, con repercusiones económicas y laborales claras.

En ese sentido, el 20 de octubre de 2008, con motivo del Día Mundial del Dolor, la Plataforma SinDolor organizó y coordinó la I Reunión Nacional Dolor y Sociedad. Y más recientemente, el 19 de marzo de 2009, se presentó el Decálogo Fundacional de la Plataforma, documento que cuenta con la firma de un destacado grupo de presidentes de sociedades científicas, así como consejerías de Sanidad y Ministerio de Sanidad y Política Social (*ver recuadro*).

En 2009, se ha vuelto a celebrar la segunda edición de la Reunión Dolor y Sociedad, en esta ocasión con el lema *El Dolor y la Dependencia*, que ha pretendido establecer el importante vínculo que tienen estos dos conceptos. Se contó nuevamente con la participación de destacadas personalidades, que aportaron el punto de vista de la Administración, los profesionales sanitarios y los pacientes.

Asimismo, la Plataforma SinDolor ha organizado varias jornadas multidisciplinarias en

el ámbito autonómico para analizar la situación actual del sistema sanitario de cada una de las regiones españolas y colaborar en la búsqueda de soluciones. Con este objetivo, reúne a representantes de la Administración autonómica, sociedades científicas y profesionales sanitarios. Estas jornadas se han celebrado ya en Andalucía y Cataluña, y están previstas en el resto de comunidades autónomas, siendo las primeras a celebrar en: la Comunidad Valenciana, País Vasco, Madrid, Aragón y Castilla-La Mancha.

Decálogo fundacional

El objetivo estratégico de la Plataforma SinDolor es mejorar la atención al paciente con dolor y a sus familiares. Su decálogo fundacional es el siguiente:

1. Contribuir a la mejora de la salud y de la calidad de vida del paciente con dolor.
2. Crear opinión sobre la importancia del dolor, concienciando a todos los agentes involucrados en el abordaje del mismo.
3. Promover el reconocimiento y la difusión de acciones en el campo del dolor, informando del impacto que el dolor tiene para la sociedad.
4. Comunicar información relacionada con el dolor y sus alternativas y soluciones, creando soportes para pacientes y/o familiares y/o profesionales.
5. Fomentar la investigación sobre el dolor en las vertientes epidemiológicas y clínicas.
6. Contribuir a la formación de los profesionales sanitarios sobre el dolor y su correcto abordaje clínico-terapéutico.
7. Coordinar con las administraciones públicas estrategias para los pacientes con dolor.
8. Estudiar, analizar y proponer alternativas para la atención sanitaria de los pacientes con dolor.
9. Actuar como núcleo coordinador de actividades que se realicen sobre el dolor en las distintas organizaciones.
10. Impulsar el desarrollo de políticas socio-sanitarias que integren y relacionen el abordaje del dolor, calidad de vida, promoción de la autonomía y bienestar social.

El director general de FUINSA, Antón Herreros, se queja de que los españoles “estamos acostumbrados a que el dolor sea normal, pero el dolor no es normal”, lo que precisa “un cambio de hábitos en el abordaje del dolor, que el paciente no asuma el dolor, porque hay tratamientos y soluciones”. Aunque las principales causas del dolor crónico son las patologías osteoarticulares, las cefaleas y las enfermedades oncológicas, “existen otro tipo de dolores con una prevalencia más baja pero muy difíciles de tratar, como los dolores neuropáticos que si no se controlan se cronifican”, según Herreros. El dolor, problema complejo en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, poco entendido y en muchas ocasiones



Un 20 por ciento de la población española padece dolor crónico.

sin resolver, ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la mayor amenaza para la calidad de vida en el ámbito mundial.

Como afirma Alfonso Moreno, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y presidente de FUINSA, “lo fundamental es crear opinión acerca de la importancia del dolor, su tratamiento y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Todo ello sustentado por el fomento

de grupos de trabajo interdisciplinar en las diferentes sociedades científicas involucradas en el tratamiento del dolor, el fomento del uso racional de los opioides y una especial atención al abordaje del dolor desde la perspectiva de Atención Primaria”. ■

El quinto signo vital

El pasado mes de septiembre, la Plataforma SinDolor, una iniciativa de la Fundación Grünenthal y la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA), lanzó en toda España la I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor; bajo el lema *Cada dolor tiene su historia, EVALÚALO*, que cuenta con el respaldo del Ministerio de Sanidad y Política Social, las consejerías autonómicas de salud y varias sociedades científicas.

Según Antón Herreros, director general de FUINSA, la campaña persigue el objetivo de “concienciar, informar y enseñar lo importante que es el dolor y la información que lleva implícita”, tanto entre los profesionales sanitarios como entre los pacientes. También pretende que el dolor sea considerado el quinto signo vital (tras la medición de la temperatura corporal, el pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria) y, como tal, se mida de forma habitual en las consultas.

Para ello, la Plataforma fomenta entre los profesionales sanitarios la utilización de escalas que permitan cuantificar la intensidad del dolor; mediante el reparto de material informativo y reglas EVA (Escala Visual Analógica), una herramienta que permite cuantificar la intensidad y el tipo de dolor en una escala del 1 al 10. Los resultados de dicha medición deberían constar en la historia clínica del paciente, según el director de la Fundación Grünenthal, Guillermo Castillo. Los datos avalan esa iniciativa:

- El 20 por ciento de la población padece dolor; debido, esencialmente, a las patologías osteoarticulares, las cefaleas y las enfermedades oncológicas.
- Sólo el 2 por ciento de los pacientes con dolor crónico son tratados en una unidad especializada.
- Casi la mitad de los pacientes con dolor crónico no reciben el tratamiento adecuado y siguen padeciendo dolor con la misma intensidad durante más de seis meses.
- El 80 por ciento de las consultas en España son por dolor; siendo éste el síntoma más prevalente en consultas.
-

El Patronato

Once contra el dolor

Jan van Ruymbeke, director general de Grünenthal Pharma, preside el Patronato de la Fundación.

Bajo la presidencia de **Jan van Ruymbeke**, director general de Grünenthal Pharma, y los oficios como secretario de **Federico Frühbeck**, abogado y economista socio del despacho Dr. Frühbeck Abogados y Economistas, el Patronato de la Fundación Grünenthal se compone de los siguientes miembros:

Prof. Dr. D. Alfredo Carrato Mena. Catedrático del Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández, Pdi investigador del Instituto de Biología Molecular y Celular, jefe de Oncología Médica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y ex presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Prof. Dr. D. Juan Antonio Micó Segura. Catedrático de Farmacología y director del Departamento de Neurociencias, Farmacología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Prof. Dr. D. Alfonso Moreno González. Catedrático de Farmacología Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, jefe de Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y presidente de la Comisión Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Es académico correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina y está en posesión de la Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad.

Prof. Dr. D. Clemente Muriel Villoria. Director del Departamento de Cirugía y Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Fundación Grünenthal en dicha universidad y miembro de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la capital charra. Ha sido presidente de la Sociedad Española del Dolor.

Dña. Carmen Ruiz Rodríguez. Directora del Área Científica y de Desarrollo de Negocio de Grünenthal Pharma.

Prof. Dr. D. Eric-Paul Pâques. Miembro del Corporate Executive Board de Grünenthal GmbH.

Dr. D. Guillermo Castillo Acero. Farmacéutico, director de Acceso a la Salud de Grünenthal Pharma y director de la Fundación Grünenthal.

D. Luis F. Lozano Molina. Director de RR.HH. de Grünenthal Pharma.

Dra. Dña. Isabel Sánchez Magro. Directora Médica de Grünenthal Pharma. ■



Desde la izq. y arriba, Jan van Ruymbeke, Guillermo Castillo, Luis F. Lozano, Federico Frühbeck, Alfonso Moreno González, Clemente Muriel Villoria, Juan Antonio Micó Segura, Alfredo Carrato Mena, Isabel Sánchez y Carmen Ruiz.



Guillermo Castillo Acero,
director de la Fundación
Grünenthal.

ENTREVISTA

“Un adecuado abordaje mejoraría la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico”

“El dolor crónico bien diagnosticado y bien tratado, no tiene por qué invalidar el significado de este concepto. Es en este escenario donde la Fundación Grünenthal desempeña un papel muy importante con iniciativas como la Plataforma SinDolor”

PREGUNTA: *¿Se puede hablar de un Estado del Bienestar con nueve millones de españoles padeciendo dolor crónico?*

RESPUESTA: Sin duda, el dolor crónico afecta de manera muy negativa a la calidad de vida de quienes lo padecen. Si nos fijamos en las consecuencias tanto físicas como psicológicas que trae consigo el dolor crónico, es muy probable que muchas personas piensen que es imposible hablar de un Estado del Bienestar. Un adecuado abordaje del dolor crónico mejoraría la calidad de vida de estos pacientes y así podríamos seguir hablando de Estado del Bienestar. El dolor crónico bien diagnosticado y bien tratado, no tiene por qué invalidar el significado de este concepto. Es en este escenario donde la Fundación Grünenthal desempeña un papel muy importante. Mediante el desarrollo de iniciativas como la Plataforma SinDolor, la Fundación trata de sensibilizar a los distintos agentes involucrados de la importancia que tiene el dolor para quien lo sufre, y de la necesidad de poner todos los medios a nuestro alcance para que este dolor no se convierta en sufrimiento.

P. *En cualquier caso, una línea de investigación de la Fundación Grünenthal es identificar el perfil genético del dolor. ¿Cómo va este trabajo?*

R. La verdad es que es un proyecto de investigación básica apasionante, aunque tiene aún un largo camino que recorrer, incluyendo su posible aplicación a la clínica. Los resultados de los trabajos de investigación básica que se están realizando desde la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca, son aún preliminares.

Hay dos líneas de investigación abiertas. Por un lado, la identificación de los genes que influyen en el grado de sensibilidad al dolor y por otro, la identificación de los genes que influyen o modifican la respuesta a determinados analgésicos (farmacogenética), cuyos resultados están más avanzados.

P. *¿Se puede medir el dolor? ¿Lo hacen habitualmente los médicos españoles?*

R. Aunque es una sensación subjetiva, el dolor se puede medir gracias a una serie de escalas reconocidas y validadas internacionalmente, que objetivizan el dolor. La más utilizada es la denominada EVA (Escala Visual Analógica), y que consiste en una regla de 10 centímetros en la que el paciente indica la intensidad de su sufrimiento en un espacio físico que va desde “ningún dolor” a “el peor dolor posible”. De esta manera, el médico puede hacer un diagnóstico certero y adaptar el tratamiento más apropiado en cada caso. A pe-

sar de la existencia de estas escalas de medición, es cierto que su utilización en la práctica clínica habitual es baja, principalmente en Atención Primaria. Por eso hemos iniciado la I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor y que bajo el lema “Cada dolor tiene su historia, EVALúalo”, pretende concienciar de la necesidad de transmitir, valorar y medir el dolor. Se trata, en definitiva, de establecerlo como el “quinto signo vital”. Para ello, hemos repartido reglas EVA entre los médicos de Atención Primaria y dípticos informativos dirigidos a los pacientes para que hablen con los profesionales sanitarios sobre el dolor, ya que ellos les pueden ayudar.

P. *El lema de la Fundación es “Abriendo caminos”. ¿Qué caminos? ¿Hacia dónde llevan?*

R. Abriendo caminos hacia la formación, a la divulgación de conocimientos científicos, a la colaboración con las sociedades científicas y con las administraciones sanitarias y hacia el apoyo a la investigación. Todos estos “caminos” son los que pretende recorrer la Fundación con cada una de las actividades e iniciativas que lleva a cabo y que tienen el objetivo último de desarrollar la Ciencia Médica en el campo del Dolor para mejorar la calidad de vida de las personas que lo sufren. ■

Tú y PSN, el mejor equipo para una jubilación olímpica, con ventajas desde la línea de salida:

desgravación hasta un

43%

regalo seguro en función de la aportación realizada



Planes de Pensiones, PSN Rentabilidad Creciente PPA, PSN A-EPVS, PIAS Garantía y PIAS Inversión

Aprovecha la última oportunidad y benefíciate de uno de estos regalos

Reproductor 3 en 1:
DVD + TDT + Lector de Tarjetas



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de 3.000 a 5.000€

Disco duro 160GB



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de 5.001 a 8.000€

Cafetera Krups Nespresso



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de 8.001 a 12.000€

Freidora Actifry con tan sólo 1 cucharada de aceite

Tefal



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de 12.001 a 25.000€

Tirador a presión de cerveza Krups



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de 25.001 a 40.000€

Ordenador Portátil HP



Por una aportación o traspaso a tu Plan de Pensiones, PPA o EPSV de más de 40.000€

Promoción válida para todas las aportaciones o traspasos iguales o superiores a 3000€ a cualquiera de los Planes Pensiones PSN, PSN Rentabilidad Creciente (PPA), PSN A-EPVS, PIAS Garantía y PIAS Inversión. Los artículos mostrados podrán ser sustituidos en caso de rotura de stock, por otros de similares características de igual o superior valor económico. Premios sujetos a la facultad vigente. Promoción no acumulable a otras promociones de PSN Rentabilidad Creciente PPA, existentes en 2009. Para beneficiarse de la suma de las aportaciones por parte de los cónyuges en cualquiera de los Planes descritos, deberá adjuntarse fotocopia de las aportaciones de ambos. Los objetos entregados lo son a cuenta de la permanencia de la aportación hasta el 31 de diciembre de 2010, pudiendo ser reclamados o descontados si no se cumple esta condición. No se aceptarán solicitudes de regalos de fecha superior a 31 de diciembre de 2009.

Infórmate en la red de Oficinas PSN o en la Oficina de Servicio al Mutualista: 902 100 062

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES, TU MUTUA.



CENTRO MÉDICO INCOSOL

El Centro Médico de Incosol cuenta con la tecnología e instalaciones más avanzadas en materia de medicina preventiva. Veintidós médicos, de renombre internacional, junto con más de cien profesionales de la salud, que le guiarán para seguir el programa que mejor se adapte a sus necesidades, para que obtenga siempre el mayor beneficio para su salud y estado anímico.

Fortalezca su cuerpo, mejore su aspecto, siéntase mejor... en INCOSOL nuestra finalidad es su bienestar.

ADELGAZAMIENTO CHEQUEOS MÉDICOS DERMATOLOGÍA CONTROL DIABETES
BELLEZA - ESTÉTICA MÉDICA AVANZADA STOP TABACO COLONOSCOPIA VIRTUAL
ANTIESTRÉS RELAX Y BELLEZA UNIDAD DEL SUEÑO UNIDAD DE SALUD BUCAL
UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA ESCUELA DE ESPALDA ANDROLOGÍA

Todas las especialidades médicas y tratamientos de belleza
en Centro Médico Incosol.

Su Salud, nuestro Secreto

Los relatos galardonados en 2009

Un año más publicamos los artículos del certamen convocado por la edición americana de Medical Economics. Tres son los reportajes premiados: Una cuestión de confianza, Mis propios errores y Una mirada desde el interior. A continuación, les presentamos tanto a los autores, como los textos premiados.



Mis propios errores
pág. 44

Una mirada desde el interior
pág. 48

Una cuestión de confianza
pág. 40



Ganadores del concurso de relatos



Lawrence Rifkin.

Análisis, consejos y experiencias de los médicos en el Certamen de Artículos 2009 de la edición americana de Medical Economics.

Cuando el paciente va a la consulta, éste sólo ve al médico que le va a atender, y no a la persona que hay detrás. Nosotros a través del Certamen Anual de Relatos 2009 hemos tenido la oportunidad de conocerlos mejor, conocer mejor su práctica médica y conocer mejor a sus pacientes.

La edición original americana de *Medical Economics* invitó a participar a sus médicos lectores el pasado año, tal y como ha

hecho la edición española durante 2009. El resultado han sido numerosos textos que los profesionales de distintas especialidades médicas han presentado con gran ilusión. A continuación, les presentamos a los ganadores de esta edición.

Lawrence Rifkin, pediatra en Bloomfield, ha sido galardonado con el primer premio del Certamen. Su artículo “Una cuestión de confianza”, pone a prueba los estrechos lazos de confianza que deben existir entre un médico y un paciente. Una paciente, menor de edad, le pide a su médico que no le cuente a su madre que está embarazada. Este conocía su responsabilidad legal, pero todas las noches se preguntaba cuál era su responsabilidad moral.

Miriam Griggs, especialista en Medicina Física y Rehabilitación, es otra de las galardonadas en el Certamen Anual de Relatos 2009. Todo para esta doctora es ahora distinto, desde que nos envió su historia sobre una malversadora que casi acaba con su consulta. Griggs pudo devolver sus préstamos, pero pasó por malos momentos económicos, y le costó mucho volver a la cima de la profesión. Se unió a una consulta más numerosa y contrató a un gestor. Si algo aprendió es que no se pueden tomar decisiones sobre lo que no se sabe.

Jonathan Roylance, médico de familia en Ohio, aprendió lo complicado que resulta el sistema sanitario para aquellos que no tienen el privilegio de conocerlo desde dentro. La enfermedad de este médico fue tratada por los mejores especialistas, colegas de profesión. Además, no le resultó demasiado complicado entender su propia dolencia y buscar soluciones entre sus contactos, entre las clínicas “amigas” y los médicos compañeros de facultad. Pero eso sí, la propia experiencia de este médico le enseñó el sufrimiento real de sus pacientes. ■



Miriam Griggs.



Jonathan Roylance.



CERTAMEN DE ARTÍCULOS MEDICAL ECONOMICS 2009



Ganador
GRAN PREMIO

Una cuestión de confianza

Los lazos de confidencialidad
entre médico y paciente a prueba.

Por Lawrence Rifkin

Vino porque tenía el estómago revuelto. Se fue con un diagnóstico de embarazo.

Y sólo tenía 15 años.

Ana solía ser tranquila, fuerte y segura de sí misma. Pero después de que le dijera que estaba embarazada, la lágrima que rodó por su mejilla descubrió a la persona vulnerable que realmente era.

“Ana, sé que esto supone una gran impresión para ti. Te daré el nombre de un ginecólogo. Y siempre estaré ahí cuando me necesites”.

Ana, aún aturrida por la noticia, pudo responderme con un débil: “Gracias.”

“Tú madre querrá ayudarte con esto. ¿Quieres contárselo tú? ¿O prefieres que lo haga yo?”

Ana me miró fijamente a los ojos. “No se lo diga a mi madre”. La madre de Ana estaba en la sala de espera. “Ana, aunque se

enfade, ella es tu madre, y te quiere”. “No se lo diga a mi madre”. No había ambigüedad, todo estaba claro.

La madre de Ana era una buena madre, una madre soltera que hablaba muy bien de nuestra consulta pediátrica y que expresaba a menudo su confianza en mí. La conocía desde que Ana nació.

Pero nuestras directrices profesionales y nuestra legislación estatal sobre confidencialidad son muy claras en esta cuestión. Ana se quedó embarazada de su novio, un año mayor que ella, así que no había delito. Por eso, sin el consentimiento de Ana, yo no podía revelarles a nadie el hecho de que estuviera embarazada, ni siquiera a su propia madre.

Dudé. “Vale,” le dije a Ana. “Le diré a tu madre que vamos a hacerte algunas pruebas”.

Durante las semanas siguientes, intenté convencer a Ana de que hablara con su ma-



El doctor LAWRENCE

RIFKIN, pediatra en Bloomfield, Connecticut, resultará familiar a los lectores de *Medical Economics*. El año pasado, fue premiado con una Mención Honorífica en el Certamen de Relatos por su artículo "Ser médico sigue siendo un privilegio." Este año se lleva el Gran Premio por un artículo que relata su convincente encuentro con una paciente adolescente que le pidió que no le contara a su madre que estaba embarazada. "Los médicos se forman acerca de cuestiones relacionadas con la confidencialidad," comenta Rifkin. "La mayoría de las veces, podemos conseguir el consentimiento del adolescente para que nos permita hablar con sus padres si hablamos con ellos de la manera apropiada". En este caso no fue así. "Quería contar una historia con la que los médicos pudieran identificarse", añade.



"CONOCÍA MI RESPONSABILIDAD LEGAL, PERO DURANTE AQUELLAS SEMANAS TODAS LAS NOCHES ME PREGUNTABA CUÁL ERA MI RESPONSABILIDAD MORAL"

dre, pero fue en vano. No es que tuviera otras razones. Simplemente, Ana no quería que su madre lo supiera.

Yo conocía mi responsabilidad legal. Pero durante aquellas semanas, todas las noches me preguntaba cuál era mi responsabilidad moral. No había temas de salud primordiales. Así que, desde la perspectiva de un médico, ¿cuál era mi consideración más importante? ¿La confidencialidad y los derechos a la intimidad de Ana? ¿Asegurar la mejor atención prenatal posible? ¿O permitir que la madre de Ana conociera la situación que atravesaba su hija de 15 años y que le cambiaría la vida?

Desde un punto de vista lógico, comprendía la ley. ¿Pero emocionalmente? Cualquiera padre hubiera entendido la angustia. ¡Ana es tan joven! ¡Si hasta necesitaría el permiso de su madre para poder agujerearse las orejas! Ella es su madre, y no puede conocer algo tan importante como esto sobre la salud de su propia hija? Como mé-

dicos, tenemos nuestra faceta profesional, pero también nuestras vidas familiares, y esa experiencia también determina nuestra opinión general. Mis hijos son adolescentes. Si les ocurriera algo trascendental, yo sentiría la necesidad de guiarles y quererles como padre.

Todos estos pensamientos me daban vueltas en la cabeza. Entonces, la madre de Ana me llamó.

"Doctor Rifkin, han pasado dos semanas. Ana sigue muy enferma. ¿Qué le pasa? ¿Dicen algo las pruebas de laboratorio?"

Ahora estaba contra la pared.

Como médicos, con los años aprendemos a medir nuestras palabras cuando nos ponen en un aprieto acerca de peligros, pronósticos e incertidumbre. Esa habilidad me vino muy bien entonces. Respondí a la madre de Ana lo mejor que pude sin revelar toda la verdad.

Pero cuando colgué el teléfono, me sentí realmente mal.

Esa angustiada sensación me duró semanas.

Y entonces, por fin, Ana me llamó para decirme que había decidido tener el bebé. Y sí, se lo había contado a su madre. Su madre estaba "impactada", pero "bien", y había ayudado a Ana a fijar una cita con un tocólogo.

Esto no es todo. Ana también le contó a su madre que yo había sabido lo del embarazo desde el principio desde la primera visita, hacía muchas semanas.

Ya sabía lo que iba a pasar ahora. No tardó demasiado. Ese mismo día, nuestra enfermera me dijo que la madre de Ana estaba al teléfono, por la línea uno.

Respiré hondo y profundo, para tranquilizarme, y contesté el teléfono.

"¿Doctor Rifkin?"

"Sí."

"Soy la señora Morris, la madre de Ana. Mi hija me ha contado lo que ha ocurrido."

Me preparé para sus acusaciones. Por la traición de su confianza. Por no valorarla como madre. Por no contarle toda la verdad. Por fallarle a la persona que paga mis honorarios.

Entonces continuó hablando. "Sólo quiero agradecerle haberla apoyado tanto y haber sido tan maravilloso con Ana durante las últimas semanas. Sabía que podía confiar en usted". ■



DKV

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

CERTAMEN DE ARTÍCULOS MEDICAL ECONOMICS 2009



Ganador
**MEJOR SOLUCIÓN
 DE CONSULTA**

Mis propios errores

La atención al paciente es algo maravilloso, pero no es lo único.

Por Miriam Griggs

Alguien dijo que lo único que es verdaderamente nuestro son nuestros errores. Últimamente, he tenido mucha suerte con el dinero. Un amigo experto en inversiones me confió que, a sus espaldas, los banqueros describen a los médicos como profesionales tan ocupados que no se toman tiempo para comprender adecuadamente los asuntos financieros, a menudo metiéndose en empresas económicamente poco estables. Lo llaman "tratos de médico tonto".

A

cabo de hacer un cheque de 18.000 dólares para el gobierno de los Estados Unidos por impuestos atrasados que mi consulta debía. Esto pone punto y final a una larga y dolorosa experiencia.

Tengo 45 años y soy especialista en Medicina Física y en Rehabilita-

ción. Después de compartir una consulta con otro médico durante un año, abrí mi propia consulta y comencé a ver pacientes los lunes, miércoles y viernes. Contraté a una empleada de mi compañero anterior con su visto bueno. Janna (no es su verdadero nombre) era una médico con experiencia tanto delante como detrás de una consulta. Aunque nunca antes había trabajado como directora gerente, era muy buena con los pacientes y excelente en la

multitarea. El director gerente de la primera consulta advirtió a Janna que mi consulta podría quebrar en cuestión de semanas. Ella me dio una oportunidad, y yo le estuve muy agradecida por su apoyo.

Yo le recalqué que uno de los beneficios del trabajo era la flexibilidad de poder trabajar en casa los martes y los jueves cuando fuera necesario. Como madre soltera, ella valoró positivamente que cada uno de sus movimientos no estuviera impuesto por una tarjeta de registro horario. No había que preocuparse cuando los colegas me dijeran que Janna no iba a venir a trabajar los martes y los jueves, ya que ella estaría trabajando desde casa tal y como habíamos acordado.

Mi asesor financiero me aseguró que todo estaba yendo bien y que Janna estaba llevando a cabo un excelente trabajo de gestión de mi programa de contabilidad. Pero al comienzo de mi tercer año, empecé a preocuparme. Nuestro mínimo aceptable no mejoraba, y yo tenía dificultad para pagar mi crédito personal para estudiantes. Descubrí que mi compañía de facturación no respondía demasiado bien, así que me cambié a otra. Mi padre siempre había querido invertir dinero en la consulta durante los peores momentos, y él fue el primero en decir lo que pensaba acerca de su inestabilidad económica. Siempre me había apoyado mucho, pero expresó su preocupación sobre si yo era consciente de lo que estaba ocurriendo con los libros. Yo le aseguré que tanto Janna como mi asesor financiero estaban gestionando las cuentas del programa de contabilidad adecuadamente. La verdad era que yo no tenía ni idea.

Finalmente, mi padre y yo nos reunimos con mi asesor, la compañía de facturación y Janna para intentar determinar cuáles podrían ser los problemas. La compañía de facturación me garantizó que el número de pacientes había aumentado desde el año anterior. Sin embargo, nuestros ingresos habían disminuido. Aunque los números no ofrecían ninguna respuesta, iniciamos una investigación conjunta para averiguar qué estaba ocurriendo.

Unos meses después de la reunión, Janna presentó su dimisión con lágrimas en los ojos, explicándome que había recibido una oferta de trabajo que no podía rechazar. Le quedaba al lado de casa y le permitiría pasar más tiempo con sus hijos. Me entristecía que se fuera, pero, a esas alturas, mi padre y yo comenzábamos a sospechar que Janna sabía más de lo que decía.

Proteja su consulta

- **Toda traición empieza con la confianza.** Piense bien en quién deposita su confianza.
- **No suponga lo que no puede inspeccionar.** Era mi responsabilidad saber qué pasaba con mi dinero desde el momento en que salía del bolsillo de mis pacientes hasta que mi compañía de facturación procesaba los ingresos.
- **No borre la línea entre jefe y empleado.** Debería haberme sentido cómoda incorporando una máquina de registro de horarios en mi consulta, con un resumen claro de los horarios de mi única empleada.
- **Investigue las preocupaciones expresadas por otras personas.** Yo rechazaba las preocupaciones acerca de que Janna no estaba trabajando porque daba por hecho que trabajaba desde casa.
- **Pida una auditoría externa.** Esto habría revelado que nuestro asesor financiero ni siquiera miraba los libros de contabilidad.
- **Pida un informe económico semanal.** Hágalo tanto si trabaja solo como si forma parte de un grupo numeroso de médicos con un gestor de consulta que realiza esta función por usted.
- **Evalúe las consultas con compañía de facturación; estudie el informe de cuentas por cobrar y las cancelaciones de deudas.** Reúnase con su compañía de facturación regularmente y asegúrese de entender todo lo que aparece en el informe.
- **Compare.** Ahora discuto los asuntos económicos con otros médicos. También realizo llamadas en relación con cosas simples.
- **Si sospecha que hay un problema, confíe en su instinto.** Si no está seguro, pida ayuda.
- **No valore sus servicios por debajo de su precio.** Ahora, por cada procedimiento que llevo a cabo y por cada encuentro con un paciente, calculo cuánto vale mi tiempo y procuro realizar una factura acorde.
- **No se fíe únicamente de la experiencia.** Plántese proporcionar formación en la consulta y un horario flexible para los candidatos que desean trabajar.
- **Mantenga una línea de comunicación abierta con sus pacientes.** Informalmente, les digo a mis pacientes que me cuenten cualquier dificultad que se les presente, tanto por parte de mi compañía de facturación como del personal de mi consulta. Asegurarme de que mis pacientes entiendan que soy sincera en este punto es muy importante.



Algunos meses después, me llegó el recibo de una cuenta que había cancelado o creía que había cancelado hacía más de dos años. La tarjeta estaba al límite, y el saldo estaba aumentando desde un 25 por ciento de tasa de interés. Había habido actividad reciente cuentas de restaurantes, de sesiones de bronceado, de pintura de coche y de salones de belleza. Suspendí la cuenta inmediatamente. Llamé a Janna y le expliqué la situación. Después de un silencio, dijo, "He estado utilizando la tarjeta".

De repente, me di cuenta de todo. Mi inquebrantable confianza en mi única empleada había sido completamente ciega. Había leído un montón de cosas sobre las víctimas de malversación en sus propias oficinas, pero eso siempre ocurría en las consultas grandes. Mi consulta era pequeña, así que supuse que estaba exenta de las políticas formales de una oficina y de los procedimientos necesarios para prevenir este tipo de catástrofes.

Una ladrona en mi empresa

Mi padre actuó como mi forense contable, pasando cientos de horas revisando los documentos financieros, los registros de los cheques, los recibos de las tarjetas de crédito, y la recaudación. Dado que yo era la única con autoridad para firmar cheques en nombre de la empresa, pensaba que estaba segura. Pero a Janna le resultaba sorprendentemente fácil robar. Al igual que la mayoría de los malversadores, empezó con pequeñas cantidades y acabó abusando flagrantemente. Utilizó las tarjetas de la empresa como si fueran suyas y retiraba los ingresos por teléfono, adoptando mi identidad para efectuar pagos en las cantidades justas para que no saltara la alarma. Era ella quien estaba al cargo de todo el correo electrónico de la empresa y por ello le resultaba fácil hacerlo sin que yo me diera cuenta.

También robaba dinero en efectivo. Para restringir costes, hacía que Janna numerara secuencialmente las facturas al principio de cada semana. Esto no le resultaba complicado: sabía qué pacientes pagaban en metálico y contaba con ellos con antelación. Cuando los pacientes pagaban 115 dólares en metálico por una acupuntura médica, ella simplemente no hacía una factura por el servicio.

Al final, Janna confesó entre lágrimas y prometió devolver todo el dinero. Fijamos que se había llevado, por lo menos,

Mucho han cambiado las cosas para la **doctora MIRIAM GRIGGS** desde que relató su historia sobre una malversadora que casi acaba con su consulta. Griggs, especialista en medicina física y en rehabilitación, pudo devolver sus impuestos atrasados y volver a situar a su consulta en un equilibrio estable. Pero el cambio más grande se produjo cuando cerró su consulta para unirse al grupo PM&R, formado por cuatro médicos. No cerró su consulta como consecuencia de sus mala experiencia con una malversadora, sino por los "cambios en Medicare, el seguro médico estatal para ancianos y minusválidos, y por las tasas cada vez más bajas de reembolso por parte de los pacientes asegurados". Las consultas de grupo hacen más fácil el poder permitirse un administrador que trabaje a tiempo completo para negociar contactos favorables con terceras partes, dice Griggs. "Lo más importante que he aprendido de mi experiencia es que no puedes supervisar algo que no comprendes. Tienes que abandonar el negocio, o cambiar."



50.000 dólares, sin incluir lo que se había perdido con la malversación del dinero en efectivo.

También descubrí que mi asesor no estaba supervisando mi consulta. Todos los meses pedía una copia de mi programa de contabilidad, pero no se ocupaba de evaluarlo. Por lo tanto, mi declaración de la renta contenía información errónea. La póliza de mi seguro de responsabilidad general me exigía rellenar un informe policial, con la esperanza de que, al menos, recibiera algún reembolso por parte de la compañía de seguros. Las autoridades todavía tenían que actuar en el caso de Janna. Mi compañía de seguros me dio 25000 dólares el máximo permitido en mi póliza que, por supuesto, utilicé para pagar impuestos atrasados. Normalmente, los seguros exigen todos los documentos que fueron parte del proceso de contratación del empleado problemático, incluyendo la revisión de los antecedentes, los apuntes tomados durante la entrevista y los contactos para las referencias personales y profesionales. Tuve suerte de que la compañía aceptara mi reclamación, porque Janna había destruido numerosos documentos y archivos de oficina su archivo de empleo incluido antes de irse.

Ahora, mi padre introduce todas las transacciones a través del libro mayor en mi programa de contabilidad, y lo revisamos mensualmente. Hemos encontrado a un asesor de confianza, que repasa el libro de contabilidad mayor cada semana. También controlamos el rendimiento de nuestra compañía de facturación, y recientemente he contratado a una gestora financiera que trabaja a tiempo parcial durante las horas de consulta. Me ayuda en la transición de mi consulta del seguro tradicional a las transacciones en efectivo que ocupan mi horario.

Una consecuencia sorprendente de mis fracasos es que he redescubierto las razones por las que quise ser médico. Yo fui el vivo ejemplo de "médico tonto", porque centré mi atención en el cuidado del paciente y delegué las responsabilidades fiscales en otras personas. Me he dado cuenta de que no podré atender a mis pacientes si no tengo una empresa que me apoye. Ahora puedo pagar mi crédito personal y cubrir mis facturas más básicas, y el futuro se ve prometedor. No puedo decir que me alegre de los errores del pasado, pero sin duda he aprendido de ellos. ■



Estamos allí.
Cerca.

Cerca. Es nuestro compromiso con la investigación.
Nos sentimos comprometidos con la innovación y la investigación.
Forman parte de nuestra esencia. Lo demuestran todos los proyectos
en los que colaboramos, como el de una vacuna contra el sida.

CERTAMEN DE ARTÍCULOS MEDICAL ECONOMICS 2009



Premio
JOVENES AUTORES

Una mirada

desde el interior

La propia experiencia de este médico le enseñó el sufrimiento real de sus pacientes.

Por Jonathan Roylance

Tratar a cada paciente como si fuera tu propia madre,” era el lema de mi director de residencia. Como interno, aprendí todo lo que pude y traté a todos mis pacientes con compasión. Mi madre esperaba un buen trato por parte de su médico, y ella me pedía que yo hiciera lo mismo con mis pacientes. Pero mi experiencia con mi propia enfermedad durante la residencia me enseñó lo que los pacientes realmente quieren de su médico.

Mi enfermedad se desarrolló durante muchos años. Cuando tenía cinco años, conocí la medicina a través del examen físico de preesco-

lar. Mi pediatra apoyó su estetoscopio en mi pecho y su cara se llenó de preocupación. “Tienes un soplo en el corazón. Es bastante grande, así que te enviaré al cardiólogo del hospital universitario”, le dijo a mi familia. El cardiólogo me diagnosticó una válvula aórtica bicúspide y me mandó volver al hospital todos los años para realizar un seguimiento. Cada año me decían que todo iba bien y que regresara el año siguiente.

Mi primer año en la facultad comenzó con normalidad, pero todo cambió cuando una mañana mi compañero de habitación no consiguió despertarme. Cuando finalmente volví en mí,

me sentía febril, tenía problemas de visión y de movilidad en la mano izquierda. Notaba que la habitación se movía y me dolía el estómago. Mis compañeros de habitación y los responsables de la residencia pensaron que estaba lo suficientemente mal como para llevarme al hospital, y eso hicieron. Me diagnosticaron una embolia cerebral y me prepararon para que al día siguiente me trasplantasen la válvula aórtica.

Seguí teniendo la mano derecha más débil, ataxia de la marcha y diplopía después de la operación. La rehabilitación fue dura, y parecía que no me recuperaría. No me gustaba estar en un lugar tan ajeno como una unidad de rehabilitación, ni tampoco estar rodeado de pacientes viejos e incapacitados.

Pero la rehabilitación fue un éxito total. Salí caminando del hospital sin ningún problema. Terminé la facultad, entré en la escuela de medicina y comencé mi residencia en medicina interna.

Como residente de segundo año, tenía citas cardiológicas de rutina para hacer un seguimiento de la calidad de mi válvula cardíaca protésica. Trabajaba con algunos médicos cardiólogos en el hospital de residencia, y a uno de ellos le pedí ayuda con mi ecocardiograma. Durante el estudio, me hicieron una de esas preguntas que los pacientes odian escuchar: “¿Tienes problemas en la aorta?”, me dijo. “Tu médico tiene que ver esto”.

Las pruebas revelaron una aneurisma de aorta ascendente. Sabía que eso precisaba otra operación. Mi cardiólogo llamó al jefe de cirugía cardiotorácica del hospital. Llamó al día siguiente y fijó una cita urgente. Revisamos los resultados y le expresé mis sentimientos. “Sé lo que significa todo esto. Significa que necesito una intervención de urgencia. Confío en usted, y quiero que la operación sea lo antes posible”.

Dos semanas después de mi ecocardiograma, estaba listo para mi operación. Mientras esperaba en el preoperatorio, me encontré con un residente anestesista con el que había trabajado.

La operación salió bien, pero me desperté con diplopía y con ataxia de la marcha. Esperaba que fueran síntomas pasajeros, pero no fue así. Me dieron dos meses libres en la residencia, y aproveché cada minuto de ese tiempo. Empecé la recuperación pidiéndole a la enfermera de mi cirujano comenzar mi rehabilitación como paciente externo, y le pedí a mi esposa que me llevara hasta allí tres veces a la semana. Me sentía fatal. Estaba débil. Utilizaba un andador, y me tropezaba con todo. ¿Iba a volver a caminar, trabajar o estudiar medicina

otra vez? ¿Iba a abrazar a mi esposa o a mi hijo, o eran ellos los que iban a tener que levantarme durante el resto de mi vida? Este miedo hizo que me esforzara más y que utilizara todo lo que había aprendido en mis estudios para recuperarme.

¿Por qué a mí?

Quería saber por qué tenía síntomas tan graves. Llamé a la neuróloga de mi hospital. Pidió estudios de investigación, y determinamos que el by-pass cerebral que practicaron durante mi operación había empeorado los síntomas de mi apoplejía anterior. Para asegurar la protección de mi cerebro durante la cirugía, el flujo sanguíneo había sido desviado desde mis vasos sanguíneos cerebrales, y tuve un by-pass cerebral durante veinte minutos.

Dos meses después de mi operación, volví al trabajo a tiempo parcial, aún con diplopía. Caminaba con bastón y no podía conducir. Los directores de mi residencia y el jefe de residentes me ayudaron mucho y establecieron mis rotaciones para que pudiera recuperarme a mi ritmo. Con el tiempo, parecía que mi visión no iba a recuperarse jamás por sí sola, de manera que llamé a un oftalmólogo para que me ayudara. Me recetó prismas oculares, lo que me permitió ver lo suficientemente bien como para conducir. Continué mejorando y pronto pude estar en las guardias de noche. Acabé mi residencia, recibí mi título de médico y conseguí un trabajo en un hospital.

Mi experiencia me enseñó el valor de la responsabilidad, del trabajo duro y de la compasión, pero también aprendí lo complicado que resulta el sistema médico para aquellos que no tienen el privilegio de conocerlo “desde dentro.” Yo tuve la suerte de tener los contactos adecuados y el conocimiento de las fuentes que podía emplear para triunfar. Mis pacientes, en cambio, rara vez comprenden sus enfermedades, y casi nunca cuentan con la experiencia necesaria para guiarse dentro del sistema médico. ■

El doctor **JONATHAN ROYLANCE** trabaja como médico en el Memorial Hospital en Marietta, Ohio. Es asesor médico y coordinador de la administración de antibióticos, así mismo forma parte de varios comités de hospital que trabajan para asegurar una asistencia sanitaria segura.

Describe su salud actual como “muy buena, sin problemas”, y puede trabajar turnos a tiempo completo. Desde que escribió este artículo, Roylance ha tenido muchas oportunidades de conducir a sus pacientes a través del sistema de asistencia médica. Recuerda a un paciente con un cáncer de pulmón al que recientemente ayudó durante la etapa de la aceptación de la enfermedad. Al principio, el paciente no se daba cuenta de lo enfermo que estaba. “Pude darle apoyo durante unos momentos aterradores”, dice Roylance.

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (XX)

Evaluación económica de medicamentos: hacia dónde nos dirigimos



Álvaro Hidalgo*

A principios de este año comenzábamos esta sección sobre la evaluación económica en el área respiratoria, lo que supuso un reto importante para mantener una sección viva y de interés a lo largo de un año. Quisiera empezar este último artículo reconociendo el trabajo que desde *Medical Economics* han realizado para facilitar el trabajo y la comunicación entre los autores de los artículos y los lectores. Igualmente, quisiera agradecer a Chiesi la confianza depositada para llevar a cabo esta sección. Por último, reseñar en este capítulo mi gratitud a los autores de los diversos artículos por aceptar participar en la colección.

A lo largo de este año hemos comenzado por describir los aspectos esenciales de la evaluación económica, desde la cuantificación de los costes hasta la medición de los resultados sobre los pacientes de las diferentes tecnologías sanitarias. Posteriormente, se describieron los diferentes tipos de evaluación económica. Ahora bien, quiero terminar la sección con una serie de reflexiones generales. Resulta evidente que el crecimiento del gasto farmacéutico es muy elevado tanto en España como en el resto de Europa. Sin embargo, este dato en sí mismo debería ser neutral. El crecimiento del gasto farmacéutico no es negativo, siempre y cuando se gaste de forma adecuada. En otras palabras, si los beneficios que aportan los medicamentos sobre la salud son mayores que sus costes en términos marginales, el incremento del gasto farmacéutico tendría un beneficio marginal positivo y sería adecuado. Sin embargo, si esto no sucede el incremento del gasto supondría una mala distribución de los recursos destinados a la sanidad. Del mismo modo, deberíamos comparar los incrementos marginales que consiguen los nuevos medicamentos sobre la salud frente a otras intervenciones.

El problema no es gastar en medicamentos sino más bien cómo gastamos y en qué gastamos. En esta línea, lo primero que debería-

mos conseguir es utilizar adecuadamente los medicamentos, ya que el mal uso de los mismos se está convirtiendo en un verdadero problema de salud pública. Diversos estudios señalan que sólo 4 de cada 10 pacientes cumplen con el tratamiento prescrito por el médico, o que el 30 por ciento de quienes llegan a urgencias hace un mal uso de los fármacos al recibir el alta. Algunas investigaciones indican que el Estado gasta en este desbarajuste farmacológico más de 1.600 millones de euros al año sin necesidad. Por ejemplo, en el trabajo de Baena en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada (Baena y Martínez Olmos, 2002) estima que uno de cada tres pacientes que acudieron ese año a urgencias (58.260), lo hizo por problemas relacionados con los medicamentos. Y lo más importante: el 73,1 por ciento de estas personas (42.430) podría haberse ahorrado la visita si su médico de familia o su farmacéutico hubiesen estado al tanto de la medicación que tomaban y hecho el seguimiento. Otro dato a tener en cuenta de este estudio es que el 20 por ciento de los enfermos que acuden a urgencias por problemas relacionados con los medicamentos lo hacen porque no resultan efectivos para la patología que se tratan, mientras que el 10 por ciento acude a urgencias por problemas derivados del consumo innecesario de fármacos o por no tomar los que necesita. En ambos casos se observa un grave problema de comunicación con el médico.

En esta dirección habría que añadir la medicalización de la vida diaria como un aspecto que está empujando al alza el gasto farmacéutico. En la actualidad muchos problemas que antes se resolvían mediante otras vías están siendo abordados mediante fármacos, cuya efectividad y resultados comparados con el abordaje tradicional no supone siempre una justificación para el gasto. Creo necesario que la Administración sanitaria aplique la lógica económica a la financiación de los medicamentos. Desde mi punto de vista, el objetivo debe plantearse más en términos de

» El 20 por ciento de los enfermos que acuden a urgencias por problemas relacionados con los medicamentos lo hacen porque no resultan efectivos para la patología que se tratan.

» La evidencia científica demuestra que entre los nuevos fármacos existen algunos muy efectivos y otros sólo consiguen mejoras muy reducidas con un incremento de costes muy elevados.

fomentar la eficiencia que en la mera reducción de costes. La evidencia científica demuestra que entre los nuevos fármacos existen algunos muy efectivos y otros sólo consiguen mejoras muy reducidas con un incremento de costes muy elevados. Por ello, y como ya han señalado numerosos expertos sería conveniente añadir a la regulación existente en medicamentos (seguridad, calidad y eficacia) la obligatoriedad de demostrar la relación coste-efectividad para el reembolso del medicamento.

Creo que los precios de los medicamentos son bajos en España, en comparación al resto de los países de la Unión Europea. Es mejor acercarse a los precios de mercado y financiar los medicamentos en función del valor marginal que aportan, que establecer una política de precios bajos y una financiación generosa por parte de la Administración sin tener en cuenta aspectos como la eficiencia de los fármacos financiados. Por ello, podríamos establecer una escala de reembolso que tuviera en cuenta no sólo la situación activa del paciente, sino la eficiencia relativa del fármaco y su impacto en el presupuesto. Es evidente que la evaluación económica no está exenta de pro-

blemas. El esfuerzo de adaptación sería grande, aunque no insalvable, como ha demostrado el National Institute Clinical Excellence (NICE) en Inglaterra y Gales. Sería necesario contar con estudios que comparasen el coste-efectividad del nuevo medicamento en relación con otros, más que la comparación con fármaco-placebo tradicional. Para ello es necesario contar con buenos instrumentos de apoyo. En este sentido, parece muy necesario que los investigadores, las administraciones y la propia industria cuenten con algo tan esencial como una base de micro costes sanitarios ágil y actualizada. El establecimiento de la cuarta barrera beneficiará a todos los agentes implicados: pacientes, profesionales, Administración e industria. A los pacientes se les pone a su alcance los mejores fármacos en términos relativos, garantizando su acceso de forma justa y equitativa. A los profesionales se les da un instrumento para prescribir de forma más eficiente, teniendo en cuenta la relación entre coste y resultado, más que la mera inclusión de fármacos más baratos sin tener en cuenta los efectos sobre la salud. La Administración puede que no gaste menos, pero es seguro que conseguirá gastar mejor. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

Asociación de Economía de la Salud: www.aes.es

OCDE: www.oecd.org/health

Centre for Health Economics *on line* University of York
<http://www.york.ac.uk/inst/che/index.htm>

Baena Parejo, M. Isabel y Martínez Olmos, José. "Incidencia de los problemas relacionados con medicamentos". *El Farmacéutico*, 2002 MAR 1; (276) pp. 54-61.

Baena Parejo, M. Isabel y Martínez Olmos, José. "Metodología de estudio de PRM en urgencias: utilidad de los cuestionarios para la investigación de PRM". *El Farmacéutico*, 2002 MAR 15; (277). Pp. 56-64.

Lichtenberg, F. (2001) "The Effect of New Drugs on Mortality from Rare Diseases and HIV". NBER Working Paper No. 8677

Lichtenberg, F. (2002) "Sources of U.S. Longevity Increase, 1960-1997". NBER Working Paper No. 8755.

PHARMA (1998). The value of pharmaceuticals.





NOMBRE DEL MEDICAMENTO Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Zomarist 50 mg/850 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vidagliplina y 850 mg de hidrocloruro de metformina (correspondientes a 660 mg de metformina). Zomarist 50 mg/1000 mg. Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vidagliplina y 1000 mg de hidrocloruro de metformina (correspondientes a 780 mg de metformina). Para consultar el contenido de hidrocloruro de metformina en cada comprimido, consulte el prospecto.

FORMA FARMACÉUTICA Comprimido recubierto con película. Zomarist 50 mg/850 mg. Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, de bordes biselados, marcado con "NVR" en una cara y "SEH" en la otra. Zomarist 50 mg/1000 mg. Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, de bordes biselados, marcado con "NVR" en una cara y "FLO" en la otra. **DATOS CLÍNICOS** **Indicaciones terapéuticas.** Zomarist está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que no pueden conseguir un control suficiente de la glucemia con la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia por vía oral o que ya están en tratamiento con la combinación de vidagliplina y metformina en comprimidos individuales. **Posología y forma de administración Adultos.** Dependiendo de la dosis de metformina que esté tomando el paciente, el tratamiento con Zomarist puede darse con dos comprimidos diarios de 50 mg/850 mg o de 50 mg/1000 mg, uno por la mañana y otro por la noche. La dosis diaria recomendada es de 100 mg de vidagliplina más 2000 mg de hidrocloruro de metformina. Los pacientes en tratamiento con vidagliplina y metformina en comprimidos individuales pueden cambiarse al tratamiento con Zomarist manteniendo la misma dosis de cada componente. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg de vidagliplina. No se dispone de experiencia clínica con vidagliplina y metformina en combinación triple con otros fármacos anti-diabéticos. La administración de Zomarist con o justo después de las comidas puede reducir los síntomas gastrointestinales asociados a metformina. **Información adicional sobre poblaciones especiales:** **Insuficiencia renal.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min (ver "Contraindicaciones" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) (ver "Contraindicaciones"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo** y "Reacciones adversas". **Pacientes de edad avanzada (> 65 años).** Dado que metformina se excreta por vía renal y que los pacientes de edad avanzada tienden a presentar una función renal disminuida, cuando estos pacientes estén en tratamiento con Zomarist debe monitorizarse regularmente su función renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La administración de Zomarist no ha sido estudiada en pacientes mayores de 75 años. Por ello no se recomienda el uso de Zomarist en esta población. **Población pediátrica (< 18 años)** Zomarist no está recomendado para uso en niños y adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad a los principios activos o alguno de los excipientes. - Cetacidosis diabética o pre-coma diabético. - Fallo o insuficiencia renal, definida como un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Trastornos agudos que potencialmente puedan alterar la función renal, tales como: deshidratación, infección grave, shock, administración intravascular de medios de contraste yodados (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Enfermedad crónica o aguda que pueda causar hipoxia tisular, como: insuficiencia cardíaca o respiratoria, infarto de miocardio reciente, shock. - Insuficiencia hepática (ver "Posología y forma de administración"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo** y "Reacciones adversas". - Intoxicación alcohólica aguda, alcoholismo. - Lactancia (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo General.** Zomarist no es un sustituto de la insulina en pacientes que requieran insulina y no debe administrarse en pacientes con diabetes tipo 1. **Acidosis láctica.** La acidosis láctica es un trastorno metabólico grave que se produce muy raramente y puede deberse a la acumulación de metformina. Los casos de acidosis láctica notificados en pacientes tratados con metformina se han producido principalmente en pacientes diabéticos con insuficiencia renal significativa. El aclaramiento de lactato puede estar disminuido en pacientes con insuficiencia hepática. La incidencia de acidosis láctica puede y debe reducirse también mediante la evaluación de otros factores de riesgo asociados tales como el control insuficiente de la diabetes, cetosis, situación de ayuno prolongado, ingesta de alcohol excesiva, insuficiencia hepática y cualquier trastorno asociado a hipoxia (ver también "Contraindicaciones" y "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Diagnóstico de la acidosis láctica.** La acidosis láctica se caracteriza por disnea acidótica, dolor muscular e hipotermia seguidos por coma. El diagnóstico de laboratorio incluye un descenso del pH sanguíneo, niveles plasmáticos de lactato mayores de 5 mmol/l y aumento del desequilibrio aniónico (anion gap) y del cociente lactato/piruvato. Si se sospecha una acidosis metabólica, debe interrumpirse el tratamiento con el medicamento y el paciente debe hospitalizarse inmediatamente (ver "Sobredosis"). **Insuficiencia renal.** Dado que metformina se excreta por vía renal, deben monitorizarse regularmente las concentraciones séricas de creatinina, al menos una vez al año en pacientes con función renal normal; al menos de dos a cuatro veces al año en pacientes con niveles séricos de creatinina en el límite superior del intervalo normal y en pacientes de edad avanzada. La insuficiencia renal en pacientes de edad avanzada es frecuente y asintomática. Debe tenerse especial precaución en situaciones en las que la función renal puede estar alterada, por ejemplo al iniciar una terapia con diuréticos, antihipertensivos o AINEs. **Insuficiencia hepática.** Los pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de ALT o AST > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN), no deben ser tratados con Zomarist (ver "Posología y forma de administración" y "Contraindicaciones" y "Reacciones adversas"). **Monitorización de las enzimas hepáticas** Con vidagliplina, se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y los resultados de los controles de la función hepática volvieron a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. Deben realizarse controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento con Zomarist para determinar los valores basales del paciente. Durante el tratamiento con Zomarist debe monitorizarse la función hepática a intervalos de tres meses durante el primer año y después de forma periódica. Los pacientes que desarrollen un aumento de los niveles de transaminasas deben ser monitorizados con una segunda evaluación de la función hepática para confirmar los hallazgos y se les debe realizar un seguimiento posterior con controles frecuentes de la función hepática hasta que los valores anormales vuelvan a la normalidad. En caso de que persistan aumentos de 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de AST o ALT o aumentos mayores, se recomienda interrumpir el tratamiento con Zomarist. Debe interrumpirse el tratamiento con Zomarist en los pacientes que presenten ictericia u otros signos que sugieran una disfunción hepática. Tras la interrupción del tratamiento con Zomarist y la normalización de los resultados de las pruebas de función hepática, el tratamiento con Zomarist no debe reiniciarse. **Insuficiencia cardíaca.** La experiencia con vidagliplina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, vidagliplina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de vidagliplina en ensayos clínicos en pacientes con clase funcional NYHA III o IV, por ello, no se recomienda su uso en estos pacientes. Metformina está contraindicada en pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que Zomarist está contraindicada en esta población de pacientes (ver "Contraindicaciones"). **Trastornos de la piel.** En estudios toxicológicos no clínicos en monos se han observado lesiones de la piel, incluyendo ampollas y úlceras, en extremidades. Aunque en los ensayos clínicos no se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones de la piel, se dispone de experiencia limitada en pacientes con complicaciones diabéticas de la piel. Por ello, como cuidados de rutina del paciente diabético, se recomienda la monitorización de los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras. **Cirugía.** Puesto que Zomarist contiene metformina, el tratamiento debe interrumpirse 48 horas antes de la cirugía programada con anestesia general y no debe reanudarse hasta pasadas 48 horas desde la intervención. **Administración de medios de contraste yodados.** La administración intravascular de medios de contraste yodados en estudios radiológicos puede producir fallo renal. Por lo tanto, debido al principio activo metformina, debe interrumpirse el tratamiento con Zomarist antes o cuando se vaya a realizar la prueba y no debe reanudarse hasta 48 horas después de la prueba, y solamente después de que la función renal haya sido re-evaluada y se haya obtenido un resultado normal (ver "Contraindicaciones" y "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios específicos de interacciones con Zomarist. A continuación se presenta la información disponible sobre los principios activos individuales. **Vidagliplina:** Vidagliplina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que vidagliplina no es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 y no inhibe o induce las enzimas del CYP 450, no es probable que interactúe con principios activos que sean sustratos, inhibidores o inductores de estas enzimas. Los resultados de ensayos clínicos realizados con vidagliplina en combinación con los anti-diabéticos orales pioglitazona, metformina y glimepirida no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes en la población diana. Los ensayos clínicos de interacción farmacológica realizados en voluntarios sanos con digoxina (sustrato de la glicoproteína P, gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9) no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vidagliplina. Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amiodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vidagliplina. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. Como ocurre con otros anti-diabéticos orales, el efecto hipoglucemiante de vidagliplina puede verse reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos. **Metformina: Combinaciones no recomendadas.** El riesgo de acidosis láctica aumenta en casos de intoxicación alcohólica aguda (particularmente en situación de ayuno, malnutrición o insuficiencia hepática) debido al principio activo metformina de Zomarist (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Debe evitarse el consumo de alcohol y de los medicamentos que lo contengan. Los fármacos catiónicos que se eliminan por secreción tubular renal (p.ej. cimetidina) pueden interactuar con metformina al competir con ésta por los sistemas de transporte tubular renal comunes y por lo tanto retrasar la eliminación de metformina, lo que puede aumentar el riesgo de acidosis láctica. Un ensayo en voluntarios sanos mostró que cimetidina, administrada a una dosis de 400 mg dos veces al día, aumentaba la exposición sistémica de metformina (AUC) en un 50%. Por ello, cuando se administran simultáneamente medicamentos con carga catiónica que se eliminan a través de la secreción tubular renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"), se debe considerar la monitorización rigurosa del control de la glucemia, ajustes de la dosis dentro de la posología recomendada y cambios en el tratamiento de la diabetes. La administración intravascular de medios de contraste yodados puede producir fallo renal, con la consiguiente acumulación de metformina y riesgo de acidosis láctica. Debe interrumpirse el tratamiento con metformina antes o cuando se vaya a realizar la prueba y no debe reanudarse hasta 48 horas después de la prueba y solamente después de que la función renal haya sido re-evaluada y se haya obtenido un resultado normal. **Combinaciones que requieren precauciones de uso.** Los glucocorticoides, los agonistas beta-2 y los diuréticos tienen una actividad hiperglucemiante intrínseca. Se debe informar al paciente y realizar un control más frecuente de la glucosa en sangre, especialmente al inicio del tratamiento. Si fuese necesario, puede tener que ajustarse la dosis de Zomarist durante el tratamiento concomitante y cuando éste se interrumpe. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) pueden disminuir los niveles de glucosa en sangre. Si fuese necesario, se debe ajustar la dosis del medicamento anti-diabético durante el tratamiento con el otro medicamento y cuando éste se interrumpe. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de Zomarist en mujeres embarazadas. Para vidagliplina, los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Para metformina, los estudios en animales no han mostrado toxicidad reproductiva. Los estudios en animales realizados con vidagliplina y metformina no han mostrado evidencia de teratogénesis pero mostraron efectos fetotóxicos a dosis maternotóxicas. Se desconoce el riesgo en seres humanos. Zomarist no debe utilizarse durante el embarazo. Estudios en animales han demostrado la excreción de metformina y vidagliplina en la leche. Se desconoce si vidagliplina se excreta en la leche humana pero metformina se excreta en cantidades bajas. Debido al riesgo potencial de hipoglucemia en el neonato relacionada con metformina y a la ausencia de datos en seres humanos con vidagliplina, Zomarist no debe administrarse durante la lactancia (ver "Contraindicaciones"). **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que puedan experimentar mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** No se han realizado ensayos clínicos terapéuticos con Zomarist. Sin embargo, se ha demostrado la bioequivalencia de Zomarist con la administración concomitante de vidagliplina y metformina. Los datos aquí presentados se refieren a la administración concomitante de vidagliplina y metformina, al añadir vidagliplina a un tratamiento con metformina. No se dispone de ensayos en los que metformina se haya añadido a vidagliplina. La mayoría de las reacciones adversas fueron leves y transitorias, no fue necesario interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Con vidagliplina, se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones > tres veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%; 0,3% y 0,2% con 50 mg de vidagliplina una vez al día, 50 mg de vidagliplina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron a colestasis o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vidagliplina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vidagliplina se administró en combinación con un IECA. La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vidagliplina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron vidagliplina en ensayos doble ciego en terapia add-on con metformina (Tabla 1) y en monoterapia (Tabla 2) se enumeran a continuación según la clasificación por órganos / sistemas y frecuencias absolutas. Las reacciones adversas enumeradas en la Tabla 3 se basan en la información de la Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto de metformina autorizada en la Unión Europea. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes (> 1/10), frecuentes (> 1/100, < 1/10), poco frecuentes (> 1/1.000, < 1/100), raras (> 1/10.000, < 1/1.000), muy raras (< 1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vidagliplina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vidagliplina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron vidagliplina en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vidagliplina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vidagliplina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas Vidagliplina.** La incidencia global de interrupciones del tratamiento en los ensayos de monoterapia controlados debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodiálisis. Sin embargo, vidagliplina no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vidagliplina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vidagliplina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vidagliplina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vidagliplina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vidagliplina y placebo, respectivamente). **Metformina "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenirlos, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. Sobredosis** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vidagliplina** La información sobre la sobredosis de vidagliplina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vidagliplina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó

ZOMARIST

EL NUEVO HÉROE

Presentamos Zomarist, el nuevo inhibidor de la DPP-4, combinación fija de vildagliptina y metformina, que potencia **las incretinas y reduce la resistencia a la insulina, mejorando así el control de la glucemia**. Este mecanismo de acción fisiológico evita los efectos secundarios de otros tratamientos como la hipoglucemia y el aumento de peso. Si en el control de la glucemia quiere dejar su marca, confíe en Zomarist.

INHIBIDOR
de la **DPP-4**

NUEVOS

**zomarist**
vildagliptina + metformina

**jalra**
vildagliptina

Gestión en Atención Primaria

Gestión sanitaria integrada: ¿quien gana?



Luis Verde Remeseiro*

» La elaboración de guías de derivación y de práctica clínica consensuadas entre todos los niveles permitirá disponer de hospitales abiertos a los profesionales de AP.

» La población, las instituciones y los diferentes elementos de la iniciativa social, deben ver este proyecto como una oportunidad para mejorar la gestión y la prestación asistencial y como una fuente riqueza y bienestar para la población.

En el ámbito de la gestión sanitaria han cobrado gran interés en los últimos tiempos las fórmulas de gestión integrada, materializadas mediante estructuras de gestión con diferentes denominaciones: gerencias únicas de área, gerencias territoriales, áreas de gestión integrada, gerencias integradas, que persiguen que una sola estructura organizativa asuma y gestione las distintas estructuras y recursos asistenciales con los que cuenta un determinado territorio, ocupándose de la coordinación de la actividad asistencial y de los distintos componentes del sistema. El nuestro es un sistema de salud que en su conjunto está bien valorado por la población y considerado por la OMS como uno de los mejores del mundo. Sin embargo, según manifestaciones de numerosos expertos, su sostenibilidad está amenazada y ello hace que la búsqueda de la eficiencia sea una constante. Entre las propuestas que se presentan, aquellas que contemplan el desarrollo de fórmulas de gestión integrada y por procesos, parecen cada vez más aceptadas. Hemos de dotarnos de instrumentos que nos permitan superar las barreras actuales. La tan repetidamente mencionada intención de "situar al paciente en el centro del sistema", solo será posible si logramos que el proceso asistencial esté estructurado de tal modo que, para cada uno de los procedimientos que lo integran esté perfectamente establecido. Lo que en definitiva viene a constituir una asistencia integrada en la que estén perfectamente coordinados los servicios de Atención Primaria (AP), del hospital y de la comunidad con el fin de mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la calidad de la asistencia.

Cuándo encomendamos a una organización la gestión unitaria de los recursos sanitarios de su ámbito territorial, así como de las prestacio-

nes y programas sanitarios que desarrollen, estamos ante una asignación de responsabilidad que trasciende el papel meramente curativo con el que en muchas ocasiones se identifica a los dispositivos sanitarios. No se trata ya de que los ciudadanos recuperen su salud cuándo la pierden o se encuentran en situación de enfermedad, si no de trabajar conjuntamente en el cuidado de la población, para evitar o retrasar esa pérdida de salud o aparición de enfermedad. Llevar a cabo este cambio es un proyecto de considerable envergadura, posiblemente el de mayor calado al que se enfrente un político o un gestor actualmente. Hemos de contar con que vamos a encontrar importantes resistencias al cambio. Debemos por lo tanto, tener muy en cuenta las opiniones de los principales colectivos profesionales del ámbito territorial correspondiente y de los agentes sociales, tratando de sumar los mayores apoyos posibles al proyecto.

Principales objetivos

Los objetivos de la gestión integrada y por procesos son principalmente: situar al paciente como centro de la asistencia, proporcionándole continuidad asistencial; integrar los actuales servicios de AP y del hospital, integrando la actividad asistencial de los profesionales clínicos, procesos clínicos y unidades operativas e integrando también los distintos componentes del sistema, estructuras de gestión, gestión financiera, calidad y sistemas de información; potenciar la eficiencia; mejorar la accesibilidad e incrementar la calidad de la asistencia.

Parece poco discutible que situar bajo una única responsabilidad directiva y de gestión los recursos tiene importantes potencialidades como son: proporcionar continuidad asistencial al paciente, llevar a cabo la prestación del servicio lo



más cerca posible de éste, reducir los desplazamientos, potenciando la capacidad resolutoria de los centros de salud y de los hospitales de primer nivel aumentando sus dotaciones y permitiendo el acceso a la información y tecnología existente en el hospital terciario. Además, permite el uso del nivel más adecuado de atención en cada etapa del proceso asistencial, unifica criterios asistenciales, mediante guías de derivación y de práctica clínica consensuadas. Se reduce la duplicidad de pruebas, procedimientos y tratamientos y orienta los recursos a las necesidades reales y prioritarias.

En lo que respecta a la organización, es importante que la estructura establezca responsables del ámbito territorial de la gestión, hasta donde esto sea posible, en relación con la actividad asistencial o de procesos; y no designar responsables en función del nivel asistencial, con el fin de que se tenga una visión integral de la asistencia y de la gestión. Por lo tanto en lo que al organigrama se refiere, en el modelo de gestión integrada, la diferenciación de los niveles de AP y hospitalaria, de ser necesaria, no debe aparecer hasta las jefaturas de servicio y/o unidad, teniendo en cuenta que determinadas unidades y servicios pueden situarse bajo una única jefatura para el área de gestión, tales como las de urgencias, farmacia, maxilofacial/odontología, pediatría, rehabilitación/fisioterapia, admisión, trabajo social, obstetricia/psicoprofilaxis obstétrica, etc.

El número de puestos directivos, sería sin duda inferior respecto del existente actualmente, entre los hospitales y AP. Además conllevaría la minoración de las direcciones provinciales o sus equivalentes que actualmente gestionan las prestaciones sanitarias, lo que iría en sintonía con el adelgazamiento general de estructuras directivas, reducción presupuestaria que podría revertir en el área clínica.

La integración ha de hacerse progresivamente y desde una óptica asistencial, priorizando aquellos procesos, patologías que supongan un mayor volumen de actividad o que presenten mayores ineficiencias en la actualidad; sin olvidar nunca el criterio de oportunidad. Es fundamental disponer de una buena estrategia de co-

municación durante la fase de implantación, estrategia que ha de tener en cuenta, como ya se ha señalado, el ámbito profesional, laboral y social.

En el ámbito profesional, hemos de disipar miedos y recelos básicamente por parte de los profesionales, explicando el proyecto a los responsables de servicio y unidad y a coordinadores de enfermería, transmitiendo que no se está ante una absorción, sino ante una forma diferente de trabajar, en colaboración, y basada en el establecimiento de alianzas de las que todos se van a beneficiar. Beneficio que se percibirá sobre todo en el primer nivel asistencial y en los hospitales con menos recursos.

Guías de práctica clínica

La elaboración de guías de derivación y de práctica clínica consensuadas entre todos los niveles permitirá disponer de hospitales abiertos a los profesionales de AP, con la posibilidad del seguimiento desde este nivel de pacientes ingresados, al disponer de acceso a la información del paciente a través de la historia clínica informatizada. Al mismo tiempo el hospital podrá tener acceso a la información del paciente que tenga en Primaria. La protocolización facilitará el acceso a pruebas complementarias tanto desde Primaria, como desde hospitales de primer nivel a los hospitales terciarios, los cuales podrán dedicar más tiempo a las patologías y procesos de mayor complejidad. Será posible la constitución y participación de todos los niveles en las comisiones asistenciales que se establezcan, facilitando el acceso a la formación y al conocimiento del que son depositarios los profesionales del área. En el ámbito laboral, es importante transmitir confianza y solicitar la complicidad de los representantes de los trabajadores.

Por último en el ámbito social, la población, las instituciones y los diferentes elementos de la iniciativa social, deben ver este proyecto como una oportunidad para mejorar la gestión y la prestación asistencial y como una fuente riqueza y bienestar para la población. Obviamente su implicación y respaldo al proyecto sólo puede reportar mejoras al conjunto de los ciudadanos y del área. ■

Sección patrocinada por:



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Jalra 50 mg comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 50 mg de vildagliptina. Excipiente: cada comprimido contiene 47,82 mg de lactosa anhidra. Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. Comprimido de color blanco a ligeramente amarillo, redondo (8 mm de diámetro), plano, de bordes biselados. Marcado con «NR» en una cara y «FB» en la otra. **DATOS CLÍNICOS**

Indicaciones terapéuticas. Vildagliptina está indicada en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: Como terapia dual por vía oral en combinación con: - metformina, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia; - una sulfonilurea, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de una sulfonilurea y para los que la metformina no es adecuada debido a contraindicaciones o intolerancia; - una tiazolidindiona, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia y para los que es adecuado el uso de una tiazolidindiona. **Posología y forma de administración** **Adultos:** Cuando se utiliza en combinación dual con metformina o una tiazolidindiona, la dosis diaria recomendada de vildagliptina es de 100 mg, dividida en 50 mg por la mañana y 50 mg por la noche. Cuando se utiliza en combinación dual con una sulfonilurea, la dosis recomendada de vildagliptina es de 50 mg una vez al día administrada por la mañana. Con este tratamiento de combinación, la administración de 100 mg de vildagliptina una vez al día no fue más efectiva que la administración de 50 mg de vildagliptina una vez al día. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg. La seguridad y la eficacia de vildagliptina como terapia oral triple en combinación con metformina y una tiazolidindiona o con metformina y una sulfonilurea no han sido establecidas. Jalra puede administrarse con o sin comida. **Información adicional sobre poblaciones especiales:** **Insuficiencia renal.** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina ≥ 50 ml/min). El uso de Jalra no está recomendado en pacientes con insuficiencia renal grave o moderada o en pacientes sometidos a hemodiálisis con enfermedad renal en estadio terminal (ESRD) (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática.** Jalra no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo pacientes con valores pre-tratamiento de alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Pacientes de edad avanzada (≥ 65 años).** No se requiere ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada. La experiencia en pacientes de 75 años de edad y mayores es limitada y esta población debe tratarse con precaución. **Población pediátrica (< 18 años)** Jalra no está recomendado para uso en niños y adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Generales:** Jalra no es un sustituto de la insulina en pacientes que requieran insulina. Jalra no debe administrarse en pacientes con diabetes tipo 1 o para el tratamiento de la cetoadicidosis diabética. **Insuficiencia renal:** La experiencia en pacientes con insuficiencia renal moderada a grave o en pacientes con ESRD sometidos a hemodiálisis es limitada. Por ello, no se recomienda la administración de Jalra en estos pacientes. **Insuficiencia hepática:** Jalra no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo pacientes con valores pre-tratamiento de ALT o AST > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN). **Monitorización de las enzimas hepáticas:** Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y los resultados de los controles de la función hepática volvieron a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. Deben realizarse controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento con Jalra para determinar los valores basales del paciente. Durante el tratamiento con Jalra debe monitorizarse la función hepática a intervalos de tres meses durante el primer año y después de forma periódica. Los pacientes que desarrollen un aumento de los niveles de transaminasas deben ser monitorizados con una segunda evaluación de la función hepática para confirmar los hallazgos y se les debe realizar un seguimiento posterior con controles frecuentes de la función hepática hasta que los valores anormales vuelvan a la normalidad. En caso de que persistan aumentos de 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de AST o ALT o aumentos mayores, se recomienda interrumpir el tratamiento con Jalra. Debe interrumpirse el tratamiento con Jalra en los pacientes que presenten ictericia u otros signos que sugieran una disfunción hepática. Tras la interrupción del tratamiento con Jalra y la normalización de los resultados de las pruebas de función hepática, el tratamiento con Jalra no debe reiniciarse. **Insuficiencia cardíaca:** La experiencia con vildagliptina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, vildagliptina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de vildagliptina en ensayos clínicos en pacientes con clase funcional NYHA III, IV y, por ello, no se recomienda su uso en estos pacientes. **Trastornos de la piel:** En estudios toxicológicos no clínicos en monos, se han observado lesiones de la piel, incluyendo ampollas y úlceras, en extremidades. Aunque en los ensayos clínicos no se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones de la piel, se dispone de experiencia limitada en pacientes con complicaciones diabéticas de la piel. Por ello, como cuidados de rutina del paciente diabético, se recomienda la monitorización de los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras. **Excipientes:** Los comprimidos contienen lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Vildagliptina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que vildagliptina no es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 y no inhibe o induce las enzimas del CYP 450, no es probable que interactúe con principios activos que sean sustratos, inhibidores o inductores de estas enzimas. **Combinación con pioglitazona, metformina y albiglutida:** Los resultados de ensayos clínicos realizados con estos antidiabéticos orales no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. **Digoxina (sustrato de la glicoproteína P gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9):** Los resultados de ensayos clínicos realizados en voluntarios sanos no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. **Combinación con amlodipino, ramipril, valsartán o simvastatina:** Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amlodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante de vildagliptina. Como ocurre con otros antidiabéticos orales, el efecto hipoglucemiante de vildagliptina puede verse reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de vildagliptina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. Debido a la ausencia de datos en humanos, Jalra no debe utilizarse durante el embarazo. Se desconoce si vildagliptina se excreta en la leche materna humana. Los estudios en animales han demostrado la excreción de vildagliptina en la leche materna. Jalra no debe utilizarse durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que experimenten mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** Los datos de seguridad se han obtenido a partir de un total de 3.784 pacientes expuestos a vildagliptina, con dosis diarias de 50 mg (una vez al día) o 100 mg (dos veces al día) o 100 mg una vez al día, en ensayos clínicos controlados de al menos 12 semanas de duración. De estos pacientes, 2.264 recibieron vildagliptina en monoterapia y 1.520 pacientes recibieron vildagliptina en combinación con otro medicamento. 2.682 pacientes fueron tratados con 100 mg de vildagliptina al día (50 mg dos veces al día) o 100 mg una vez al día y 1.102 pacientes fueron tratados con 50 mg de vildagliptina una vez al día. La mayor parte de las reacciones adversas notificadas en estos ensayos fueron leves y transitorias, y no motivaron a interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones ≥ 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%, 0,3% y 0,2% con 50 mg de vildagliptina una vez al día, 50 mg de vildagliptina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron a colestasis o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vildagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vildagliptina se administró en combinación con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron Jalra en ensayos doble ciego en monoterapia y combinación o add-on se enumeran a continuación para cada indicación según la clasificación por órganos / sistemas y frecuencias absolutas. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Combinación con metformina:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina + metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vildagliptina + metformina o con placebo + metformina. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron 100 mg diarios de vildagliptina una vez al día en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vildagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Combinación con una sulfonilurea:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 50 mg diarios de vildagliptina + una sulfonilurea, la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas fue del 0,6% en el grupo de tratamiento con 50 mg de vildagliptina + sulfonilurea frente al 0% en el grupo con placebo + sulfonilurea. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia al añadir 50 mg diarios de vildagliptina a glibeprima fue del 1,2% frente al 0,6% para placebo + glibeprima. No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 50 mg diarios de vildagliptina a glibeprima (-0,1 kg y -0,4 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Combinación con una tiazolidindiona:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina + una tiazolidindiona, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos de tratamiento con 100 mg diarios de vildagliptina + tiazolidindiona ni con placebo + tiazolidindiona. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue poco

Tabla 1. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg en combinación con metformina en ensayos doble ciego (N=280)

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Temblores
Frecuentes	Cefalea
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Fatiga
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes	Náuseas
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Hipoglucemia

Tabla 2. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 50 mg en combinación con una sulfonilurea en ensayos doble ciego (N=170)

Infecciones e infestaciones	
Muy raras	Nasofaringitis
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Temblores
Frecuentes	Cefalea
Frecuentes	Mareos
Frecuentes	Astenia
Trastornos gastrointestinales	
Poco frecuentes	Estreñimiento
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Hipoglucemia

Tabla 3. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg en combinación con una tiazolidindiona en ensayos doble ciego (N=158)

Trastornos del sistema nervioso	
Poco frecuentes	Cefalea
Poco frecuentes	Astenia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Aumento de peso
Poco frecuentes	Hipoglucemia
Trastornos vasculares	
Frecuentes	Edema periférico

frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina + pioglitazona (0,6%), pero frecuente en pacientes que recibieron placebo + pioglitazona (1,9%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En ensayos con pioglitazona como tratamiento adicional, los aumentos en valor absoluto del peso corporal con placebo y Jalra 100 mg diario fueron 1,4 y 2,7 kg, respectivamente. La incidencia de edema periférico al añadir una dosis de 100 mg de vildagliptina al día a un tratamiento base con pioglitazona a la dosis máxima (45 mg una vez al día) fue del 7,0% en comparación con el 2,5% para el tratamiento base con pioglitazona en monoterapia. Además, en los ensayos clínicos controlados de vildagliptina en monoterapia la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con vildagliptina con dosis de 100 mg al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores (0,5%) activos. En los ensayos clínicos controlados comparativos de vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, notificada en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vildagliptina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal por la monoterapia con 100 mg diarios de vildagliptina (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Sobredosis** La información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de Jalra en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), aspartato aminotransferasa (AST), proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Tratamiento:** En caso de sobredosis se recomienda un tratamiento de soporte. Vildagliptina no puede eliminarse por hemodiálisis. Sin embargo, el metabolito principal de hidrólisis (LAY 151) puede eliminarse por hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** Lactosa anhidra, Celulosa microcristalina, Glicolato sódico de almidón (tipo A), Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez 2 años.** **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PA/Al/PVC/Al). Disponible en envases con 7, 14, 28, 30, 56, 60, 90, 112, 180 o 336 comprimidos y envases múltiples con 336 (3x112) comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** EU/1/08/485/001-011. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 19.11.2008 **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Noviembre 2008 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiación. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Jalra 50mg comprimidos, envase de 28 comprimidos: PVP =33,62€ PVP +IVA =34,97€. Jalra 50mg comprimidos, envase de 56 comprimidos: PVP =53,80€ PVP +IVA =55,95€. Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

Tabla 4. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg como monoterapia en ensayos doble ciego (N=1.855)

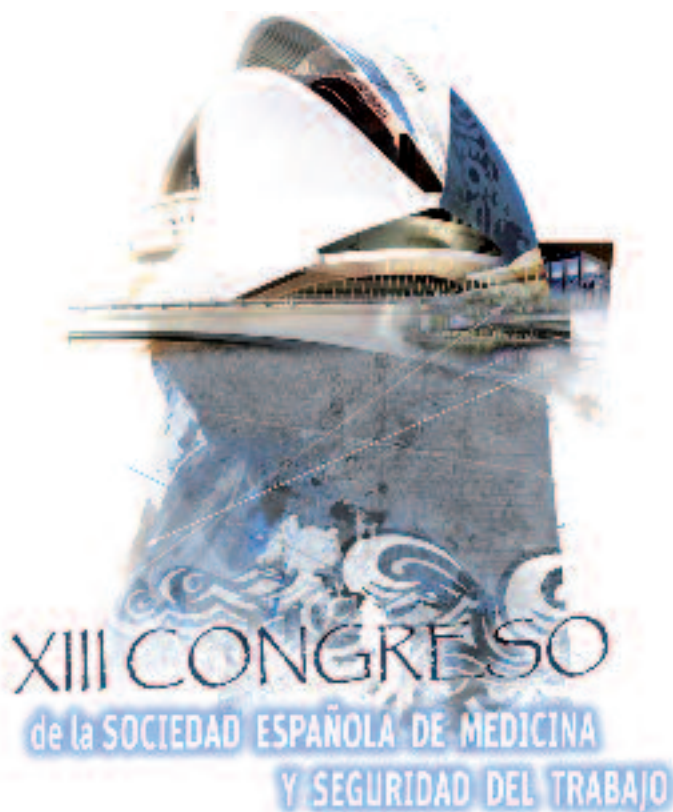
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Cefalea
Trastornos gastrointestinales	
Poco frecuentes	Estreñimiento
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Poco frecuentes	Artralgia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Poco frecuentes	Hipoglucemia
Infecciones e infestaciones	
Muy raras	Infecciones del tracto respiratorio superior
Muy raras	Nasofaringitis
Trastornos vasculares	
Poco frecuentes	Edema periférico

frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina + pioglitazona (0,6%), pero frecuente en pacientes que recibieron placebo + pioglitazona (1,9%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En ensayos con pioglitazona como tratamiento adicional, los aumentos en valor absoluto del peso corporal con placebo y Jalra 100 mg diario fueron 1,4 y 2,7 kg, respectivamente. La incidencia de edema periférico al añadir una dosis de 100 mg de vildagliptina al día a un tratamiento base con pioglitazona a la dosis máxima (45 mg una vez al día) fue del 7,0% en comparación con el 2,5% para el tratamiento base con pioglitazona en monoterapia. Además, en los ensayos clínicos controlados de vildagliptina en monoterapia la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con vildagliptina con dosis de 100 mg al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores (0,5%) activos. En los ensayos clínicos controlados comparativos de vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, notificada en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vildagliptina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal por la monoterapia con 100 mg diarios de vildagliptina (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Sobredosis** La información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de Jalra en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), aspartato aminotransferasa (AST), proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Tratamiento:** En caso de sobredosis se recomienda un tratamiento de soporte. Vildagliptina no puede eliminarse por hemodiálisis. Sin embargo, el metabolito principal de hidrólisis (LAY 151) puede eliminarse por hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** Lactosa anhidra, Celulosa microcristalina, Glicolato sódico de almidón (tipo A), Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez 2 años.** **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PA/Al/PVC/Al). Disponible en envases con 7, 14, 28, 30, 56, 60, 90, 112, 180 o 336 comprimidos y envases múltiples con 336 (3x112) comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** EU/1/08/485/001-011. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 19.11.2008 **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Noviembre 2008 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiación. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Jalra 50mg comprimidos, envase de 28 comprimidos: PVP =33,62€ PVP +IVA =34,97€. Jalra 50mg comprimidos, envase de 56 comprimidos: PVP =53,80€ PVP +IVA =55,95€. Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

Valencia

5,6,7 Mayo 2010

Palau de la Música
y Congresos de Valencia



*La salud laboral:
compromiso de todos*



Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

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

Información e inscripciones
www.semst.org

C O N V O C A T O R I A



fundación *Lilly*

PREMIOS 2010 Investigación Biomédica Preclínica y Clínica

1. Podrán ser candidatos a los Premios los investigadores de carácter **preclínico** (investigación básica orientada a la obtención de conocimiento con aplicación clínica) y **clínico** (investigación sobre humanos), que desarrollen su actividad en centros sanitarios y/o centros de investigación, públicos o privados **en España**.
2. Los candidatos a los premios deberán ser propuestos por personas o instituciones del ámbito científico biomédico o de las Ciencias de la Salud.
3. Las propuestas se formalizarán mediante carta dirigida al director de la FUNDACIÓN LILLY, y los formularios decididamente cumplimentados que se encuentran en la página web: www.fundacionlilly.com
4. Plazo de presentación de propuestas desde el **10 de diciembre de 2009** hasta el **10 de febrero de 2010**, ambos inclusive.
5. Reunido el Jurado calificador, los investigadores ganadores recibirán los premios y ayudas en un Acto Académico organizado por la FUNDACIÓN LILLY.

Esta convocatoria, se regirá por sus **bases** (publicada en B.O.E, 2 de diciembre 2009), y que los interesados podrán obtener asimismo en: www.fundacionlilly.com

FUNDACIÓN LILLY, María de Molina 3, 1º - 28006 Madrid
Tel.: 91 781 50 70 - Fax: 91 781 50 79 -E-mail: fundacionlilly@lilly.com

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
PRECLÍNICA 2010**
200.000€

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
CLÍNICA 2010**
150.000€

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>).

CARDIOLOGÍA

Hallada una relación entre hipertensión y corazón en el embarazo

Obstet Gynecol. 2009;114:961-970. [Noviembre, 2009]

Investigadores noruegos han determinado que las mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos en el embarazo tienen un mayor riesgo de trastornos cardiovasculares y metabólicos. Los investigadores demostraron que las mujeres con antecedentes de trastornos hipertensivos en el embarazo tenían un mayor índice de masa corporal y una tensión arterial más alta, así como niveles perjudiciales de colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos. El riesgo de diabetes era significativamente mayor en las mujeres con preeclampsia. Los trastornos hipertensivos ocurridos en más de un embarazo o en fases tardías de la gestación reforzaban la asociación entre factores de riesgo cardiovascular.

■ La depresión y la ansiedad pueden aumentar las posibilidades de tener obesidad

BMJ. 2009;339:b3765. [Octubre, 2009]

Investigadores británicos han determinado que existe una relación entre los trastornos mentales frecuentes, como la depresión y la ansiedad, y el riesgo de obesidad en el futuro. Los sujetos que habían presentado un trastorno mental frecuente durante una selección previa tenían un 33 por ciento más de probabilidades de estar obesos al llegar la cuarta visita de selección que los demás. Las posibilidades de tener obesidad en las visitas de selección dos y tres entre quienes tenían algún trastorno mental frecuente fueron un 64 y un 101 por ciento mayores, respectivamente.

■ La diabetes podría no influir en el desenlace de las cardiopatías

J Am Coll Cardiol Intv. 2009;2:956-963. [Octubre, 2009]

La diabetes *mellitus* no afecta al desenlace clínico de los pacientes con estenosis desprotegida de la coronaria principal izquierda tratados con endoprótesis medicadas o derivación de arteria coronaria. Varios

investigadores han analizado los resultados de un ensayo clínico que contó con 1.474 pacientes con estenosis desprotegida de la coronaria principal izquierda, asignados a recibir una endoprótesis medicada o un injerto de derivación coronaria, para determinar si la diabetes *mellitus* (presente en 507 pacientes) influía o no en el desenlace clínico a largo plazo. Después de ajustar los posibles elementos de confusión, los investigadores hallaron que los dos grupos tenían un riesgo parecido de muerte o de presentar la combinación de muerte, infarto de miocardio con onda Q e ic-tus a los tres años. La tasa de revascularización del vaso implicado fue significativamente mayor en los pacientes tratados con endoprótesis medicadas (razón de riesgos instantáneos: 4,31). Las tendencias fueron las mismas entre los pacientes diabéticos y los no diabéticos, y se vio que tener o no diabetes no afectaba al desenlace.

■ La diferencia entre géneros de sufrir una cardiopatía en la madurez se está estrechando

Arch Intern Med. 2009;169:1762-1766. [Octubre, 2009]

El riesgo de sufrir un infarto de miocardio a en la mitad de la vida está aumentando en las mujeres, debiendo darse una alta prioridad a la prevención de los factores de riesgo cardiovascular, según investigadores de la Universidad del Sur de California en Los Ángeles. Los investigadores emplearon datos de varones y mujeres de 35 a 54 años de edad, obtenidos de las cohortes de las *National Health and Nutrition Examination Surveys* correspondientes a los períodos de 1988 a 1994 y de 1999 a 2004. Se encontró una mayor prevalencia del infarto de miocardio entre las mujeres y varones de las dos cohortes, pero en la más reciente, la prevalencia había aumentado en las mujeres y disminuido en los varones, estrechándose la diferencia. La prevalencia de la diabetes *mellitus* ha aumentado en ambos sexos, pero los factores de riesgo de los varones han mejorado con el tiempo más que los de las mujeres.

■ Variante génica ligada a los efectos secundarios de las estatinas

J Am Coll Cardiol. 2009;54:1609-1616. [Octubre, 2009]

Las mujeres y quienes tienen una variante de cierta enzima metabólica hepática poseen un riesgo mayor de presentar efectos secundarios de las estatinas, especialmente de la simvastatina, según investigadores del *Duke University Medical Center* de Durham, Carolina del Norte. Asignaron al azar a 509 pacientes con hipercolesterolemia 10 mg de atorvastatina durante ocho semanas seguido de 80 mg de atorvastatina durante ocho semanas, 20 mg de simvastatina durante ocho semanas seguido de 80 mg de simvastatina durante ocho semanas ó 10 mg de pravastatina durante ocho semanas seguido de 40 mg de pravastatina durante ocho semanas. Los investigadores hallaron que 99 pacientes habían tenido un acontecimiento adverso combinado (efecto secundario, mialgia o elevación de la creatinina-cinasa). Los acontecimientos adversos fueron más frecuentes en las mujeres (66 por ciento frente a 50 por ciento), en quienes tenían el alelo SLCO1B1*5 del citocromo P450 asociado a deficiencia del aclaramiento estatínico (37 por ciento frente a 25 por ciento) y en los que carecían de elevaciones significativas de la creatinina-cinasa.

■ La patología cardiovascular, asociada al riesgo de fractura de cadera

JAMA. 2009;302:1666-1673. [Octubre, 2009]

Investigadores suecos han determinado que el riesgo de fractura de cadera es mucho mayor en las personas diagnosticadas de enfermedad cardiovascular (ECV). En un estudio de gemelos suecos nacidos entre 1914 y 1944, los investigadores hallaron que la tasa de fracturas de cadera era mucho mayor en los diagnosticados de enfermedad cardiovascular que en los demás. Por cada 1.000 años-persona, las tasas de fracturas de caderas eran de 12,6 después de una insuficiencia cardíaca, 12,6 después de un ictus, 6,6 después de una aterosclerosis periférica y 5,2 después del diagnóstico de cardiopatía isquémica, frente a una tasa de 1,2 por 1000 años-persona en quienes no tenían ECV. Respecto a la insuficiencia cardíaca, el cociente de riesgos instantáneos de tener una fractura de cadera era de 4,40; el del ictus de 5,09; el de la

aterosclerosis periférica de 3,20 y el de la cardiopatía isquémica de 2,32.

■ La gripe vinculada con los ataques cardíacos y la muerte

Lancet. 2009;9:601-610. [Octubre, 2009]

Investigadores británicos han determinado que, para las personas con cardiopatía, contraer la gripe aumenta el riesgo de infarto y de muerte cardíaca, y que debe recomendarse encarecidamente a los pacientes cardíacos que se vacunen. Los investigadores hallaron que los estudios poblacionales mostraban sistemáticamente un aumento de los episodios cardiovasculares en la temporada de gripe, y calcularon que la proporción del exceso de muertes atribuible a la gripe era del 35-50 por ciento de media. Los estudios observacionales han hallado asociaciones consistentes entre la gripe y los ataques cardíacos. Sin embargo, de los ocho estudios observacionales revisados, cuatro demostraban un efecto protector de la vacuna antigripal. Además, los resultados de dos ensayos aleatorizados, el estudio FLUVACS de 2004, de 301 pacientes, y el FLUCAD de 2008, de 658 pacientes, indicaron que la vacuna de la gripe puede reducir el riesgo de muertes cardiovasculares y algunos episodios cardíacos.

■ Un estudio valora los síntomas de los supervivientes del cáncer testicular

Urology. 2009;74:825-829. [Octubre, 2009]

Un estudio austriaco ha determinado que, entre los supervivientes del cáncer testicular, los síntomas clínicos del déficit de andrógenos están relacionados con los problemas sexuales y la edad avanzada, pero no con la testosterona sérica. Los investigadores hallaron que casi la mitad (47 por ciento) tenían síntomas clínicos de déficit androgénico. Casi el 30 por ciento tenía disfunción eréctil y el 25,3 por ciento presentaban hipogonadismo demostrado en el laboratorio, definido como un nivel de testosterona inferior a 3 ng/mL. Los supervivientes con síntomas de déficit androgénico eran significativamente más viejos y tenían puntuaciones menores de disfunción eréctil, función orgásmica y deseo sexual que los varones sin síntomas. En los varones con síntomas, la edad estaba asociada a la función sexual, pero no así los niveles de testosterona.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



difteria, tosferina, meningitis, rubéola, varicela, **cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano:**

rubéola, **gripe**, tosferina, meningitis, sarampión, rabia, hepatitis-B, tétanos, **cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano,**

herpes zóster, sarampión, meningitis, tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis, **gastroenteritis pediátrica por rotavirus**, neumonía neumocócica, difteria, rubéola, **varicela**, sarampión

difteria, tosferina, sarampión, meningitis, rubéola, gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-E, varicela



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

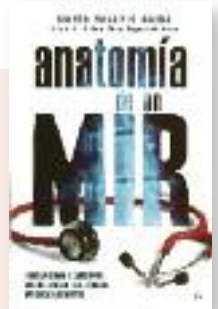
Cultura

LIBROS

El día a día de los médicos internos residentes

Ya son médicos, pero todavía no son especialistas. No son estudiantes, pero aún tienen mucho que aprender. Hay ciertas decisiones que no deben tomar solos, pero han de asumir demasiada responsabilidad. No residen en el hospital, pero casi... Han dejado atrás seis años de carrera y un durísimo examen, pero aún tienen por delante cuatro o cinco años más de aprendizaje. Son los MIR, los médicos internos residentes: mitad médicos, mitad estudiantes.

La periodista María Valerio ha entrevistado a decenas de médicos residentes para contar con gracia y amenidad las tribulaciones de estos médicos que sueñan con llegar a ser oncólogos, cirujanos, cardiólogos, pediatras... en un libro trufado de divertidas anécdotas que harán sonreír a todos aquellos que sean residentes, lo quieran llegar a ser, lo hayan sido o los hayan "sufrido" como pacientes.



Título: Anatomía de un MIR.
Autor: María Valerio Sainz
Edita: La Esfera de los Libros
336 págs.

EXPOSICIONES

El Prado reúne a "sus" holandeses

La exposición "Holandeses en el Prado" reúne por primera vez un amplio conjunto de las obras más representativas de la colección holandesa del Museo del Prado. La muestra, que se podrá visitar hasta el 11 de abril de 2010, se organiza con motivo de la presentación del primer catálogo de esta colección, prácticamente desconocida, que constituye un contrapunto a la tradición pictórica de la escuela española. La selección abarca todos los géneros propios de esta escuela: marinas, paisaje invernal, escenas de género, bodegón, retratos y escenas.



Homenaje a Lloyd Wright

Hasta el 14 de febrero se podrá visitar en el Guggenheim de Bilbao la exposición dedicada al arquitecto estadounidense Frank Lloyd Wright, figura de referencia del siglo XX e impulsor de la denominada "arquitectura orgánica". Este nuevo estilo se caracterizó por prescindir de los espacios compartimentados y por proyectar edificios abiertos al exterior mediante cubiertas planas y terrazas, con abundante luz natural e integrados en el entorno. El novedoso pensamiento espacial de Wright destacaba, asimismo, por el uso innovador de los materiales y por el rechazo de la definición existente hasta entonces de los espacios interiores como estancias cerradas y aisladas de las demás. En contraste, diseñó espacios en los que cada habitación se abría a las demás, con lo que conseguía transparencia visual, profusión de luz y una nueva sensación de amplitud y abertura.



TEATRO

Drácula desembarca en el Teatro Valle-Inclán

El Centro Dramático Nacional produce su propia adaptación del clásico de Bram Stoker "Drácula" que se podrá disfrutar en el Teatro Valle-Inclán de Madrid hasta el próximo 10 de enero. Ignacio García May dirige la obra y es responsable de la adaptación del texto, en una versión que quiere abordar el vampirismo desde el punto de vista del dolor, dejando en segundo plano el erotismo que destila el protagonista de Bram Stoker y que tan explotado ha sido en sus distintas versiones. El director de la obra destaca que no se trata de una adaptación en la que abunden los colmillos y la sangre, aunque, "lo que sí podemos prometerle al espectador es no tener miramientos con él", advierte.



Internet

Préstamos 'tecno' sin intereses para universitarios

Sección patrocinada por

Web de I@
MUJER

Una alianza estratégica entre red.es—dependiente del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio— y la Comisión TIC de la Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE), permitirá a los estudiantes universitarios hacerse con un portátil y conexión móvil en las mejores condiciones de financiación imaginables, al 0 por ciento de interés, gracias a los Préstamos Avanza.



El director general de Red.es, Sebastián Muriel, auspicia el programa 'Universitarios en Red'.

Según el departamento que dirige Miguel Sebastián, el programa Universitarios en Red permitirá adquirir a precios muy competitivos un portátil *netbook* con conexión a Internet de banda ancha móvil, además del registro de un dominio ".es" con el que el usuario podrá agrupar toda su actividad en la red en un único espacio, facilitando así su gestión, el acceso de sus contactos e identificando su lugar de origen.

También existe la opción de financiar la compra acogiéndose a la línea Préstamos

Avanza, que permite a todos los alumnos que estén matriculados en centros universitarios de España adquirir el equipamiento por un valor que no supere los 3.000 euros, pudiendo devolver el importe hasta en 60 meses sin intereses.

Para informarse sobre el programa, algunas universidades han distribuido pequeños *stands* por el campus, en los que se asesora de los préstamos y de las condiciones generales para la adquisición

de este paquete tecnológico. Además, www.universitariosenred.es, proporciona toda la información sobre el programa y permite descargar los documentos de solicitud para obtener los préstamos.

Entre 2006 y 2009, más de 350.000 particulares y empresas han solicitado algún Préstamo Avanza, de los que 27.300 eran estudiantes universitarios. El coste total del programa, hasta ahora, ha alcanzado los 1.700 millones de euros, de los que 36 corresponden al público universitario. ■

Uno de los mejores diccionarios

Para buscar interpretaciones más allá de las simples palabras, este diccionario en inglés, francés, italiano y portugués, es la mejor ayuda para preparar textos con sentido.

<http://www.wordreference.com/es>



El auténtico GPS para los corredores

Puedes definir una ruta en el mapa antes de correr y saber cuántos kilómetros vas a recorrer, la velocidad y calorías consumidas, además de fijarte un plan de entrenamiento como si tuvieses un entrenador personal.

<http://www.runningahead.com>



CIBERCONSEJOS

Nokia sustituirá cargadores peligrosos

Nokia sustituirá gratuitamente 14 millones de cargadores en todo el mundo tras avisar de que podrían producir descargas eléctricas. En concreto, en España afecta a los modelos AC-3E, fabricados por un proveedor externo. Nokia destaca que en un proceso de control de calidad rutinario, identificó un posible problema con la tapa plástica de los cargadores afectados que podrían soltarse y separarse. Los comprados antes del 15 de junio de 2009 no están afectados por este problema.

Los móviles prepago anulados podrán recuperarse

El Ministerio del Interior ha cedido a las presiones de los operadores móviles y ha concedido un plazo de seis meses para que los clientes cuyas tarjetas de móvil prepago queden anuladas recuperen su número de teléfono. La ley establece la obligación para los operadores de conservar todos los datos que permitan rastrear el destino y el origen de una comunicación, así como la identidad de todas las personas.



ESPAÑA

Educación Médica Continuada en Vivo

ACTIVIDADES 2010

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PROGRAMA APdAP 2010

Actualización en Pediatría de Atención Primaria

FIDE 2010

Foro Internacional en Diabetes y Endocrinología



CON LA GARANTÍA DE:



PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN

www.livemed-spain.com

Golf



Circuito Europeo

Harwood se impuso en la última prueba

El australiano vuelve a ganar la final del Circuito en España y es 'rookie' de la ronda senior continental.

A pesar del fuerte viento que soplaba en Castellón, y que se reflejó en la mayoría de los resultados, el australiano Mike Harwood presentó una impecable tarjeta con siete *birdies* en los hoyos y sólo un error en el 12 para 66 golpes, la mejor del día, con la que se alzó con el título en su primera temporada en el Circuito Senior Europeo. Con esta victoria, Harwood, que llevaba diez años dedicado a la enseñanza desde su retirada del Tour Europeo, se convierte en el *rookie* del Senior Tour Europeo.

Tras su victoria declaró: "Ha sido un día impresionante, tanto de juego como emocionalmente. El viento ha soplado muchísimo y por los primeros nueve hoyos mi juego corto ha sido fantástico; por los segundos le he pegado muy bien desde el *tee* y he metido buenos *putts*, justo los necesarios en cada momento para par o para *birdie*. Venía con mucha confianza después de ganar el Open de Australia Senior hace dos semanas. Cuando gané el

Volvo Masters del 90, lo hice exactamente en las mismas condiciones, con mucho viento y presión. Creo que son los dos momentos más importantes de mi carrera, tanto en el Tour Europeo como en el Senior, y los dos han ocurrido en España".

Ángel Franco finalizó con 72 golpes y un total de diez por debajo del par, en segunda posición. Es la tercera vez que el paraguayo firma un segundo puesto en esta temporada.

La batalla por el número uno de Europa ha estado muy reñida, ya que el líder antes de comenzar el OKI Castellón Senior Tour Championship, el galés Ian Woosnam, no la iba a dejar escapar tan



Mike Harwood consiguió la victoria en Castellón y el título de rookie del año.

fácilmente y, cuando parecía que se alejaba en la clasificación, firmó dos *eagle* consecutivos en los hoyos 16 y 17 para presionar, pero finalmente saldó la segunda vuelta con 71 golpes para uno bajo par, que no ha sido suficiente para revalidar el título que logró el año pasado.

Torrance, que defendía título, se va con el Trofeo John Jacobs

bajo el brazo, que corona al número 1 de Europa del Circuito Senior, al finalizar en tercera posición con nueve golpes bajo par, después de firmar una tarjeta con 69 golpes: "No ha sido una gran temporada, he jugado bien y sólo he ganado un torneo, así que terminar así es como estar en la luna". ■

Olazábal, junto a los mejores del mundo

José María Olazábal es ya una leyenda viva del golf. Tras su llegada a España después de la ceremonia de ingreso en el Hall of Fame, relataba la experiencia y lo que se le ha pasado por la cabeza en estos días tan importantes para él. "Me impresionaron mucho las vitrinas dedicadas a cada uno de los 130 miembros en las que están expuestos sus objetos, las de Palmer y Nicklaus con las bolas y palos que utilizaban; la de Bob Hope en la que está el primer contrato que firmó con la televisión, y en la que se proyecta un vídeo con sus actuaciones y participaciones en torneos, los baúles que utilizaba para viajar y una pinza sujeta billetes que le regaló la PGA y siempre llevaba... Llegamos al Hall of Fame y fui el primero en hablar. Cuando subí al escenario, estaba más concentrado en lo que tenía que decir y preocupado por hacerlo bien. En ese momento no sentía emociones aunque, quizás, el momento más emotivo de todos fue cuando me dirigí a mis padres; a ellos les encantó y a mí se me hizo un nudo en la garganta. La alegría, satisfacción y emociones las sentí mucho antes —desde que me lo comunicaron en abril— y después de la ceremonia. Durante todo este tiempo me han venido a la cabeza muchos recuerdos y varios momentos muy especiales de mi vida. Ser miembro del Salón de la Fama es un reconocimiento que para mí significa orgullo, satisfacción y honor por pertenecer a un grupo tan selecto de personas..."