

Gestión profesional:
pérdidas
y ganancias 14

Cuando
el médico
es abordado 38

Los contratos
por
diferencias 42



**Club médico
Informativo**

Ver págs. centrales

Medical Economics®

www.medeco.es.com

50 ANIVERSARIO

9 de mayo de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Nuevo mapa político-sanitario

Sanidad adelgaza sin investigación

Pág. 29



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

ADEMÁS

Encuesta Exclusiva
Medical Economics
(y II)

Pág. 32

SPA



*El seguro que garantiza
tu tranquilidad
y la de los que más quieres*

*A.M.A. pone a tu disposición un seguro de
accidentes con múltiples garantías a unos precios
excepcionales.*

todo son ventajas...

- Compatible con capitales asegurados en otros seguros
- Sin necesidad de reconocimiento médico
- Válido en el mundo entero



*Deja en nuestras manos tu seguro,
y tú preocúpate solo de disfrutar*

40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios

• Teléfono Central Madrid **91 343 47 00**

• A través de internet: **www.amaseguros.com**

• En las delegaciones AMA de cada provincia



22 | Nuevo mapa político sanitario

Sanidad adelgaza sin investigación

Desgajada de sus competencias la investigación, los pilares sobre los que se asentará la política del Ministerio de Sanidad en esta legislatura son: la reforma de la Atención Primaria, la adopción de estrategias para paliar el déficit de médicos y el establecimiento de un nuevo modelo de financiación.



ENCUESTA EXCLUSIVA MEDICAL ECONOMICS (y II)

32 Las mujeres tienen empleo más precario que los hombres

La segunda parte de nuestra encuesta exclusiva se dedica al perfil sociológico. Los médicos varones, con más experiencia profesional, se pluriemplean más que las mujeres, mientras éstas predominan en el empleo precario.

PRÁCTICA PROFESIONAL

38 Doctor, ¿podría usted echar un vistazo?

¿Cansado de que sus amigos o vecinos le aborden para pedirle consejo o incluso para que les examine en plena calle? El autor nos cuenta cómo actuar correctamente cuando se dan estas situaciones.



Logros que llevan tu firma

Ver ficha técnica en pág. 50



Es el tratamiento de la ARTROSA de ARTRO Reumatista y la
Klaximato. Mejora tu vida, reduce el dolor y alcanza con el dolor el mayor
logro. Artilog® tiene una fórmula especial de acetato de cetonato a conseguirlo.
Con toda la potencia científica y la eficacia de cetonato.
Artilog®, nuestro logro es nuestro mayor logro.

 **Artilog₂₀₀**

El arte de lograr

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

José A. Barberá y Miguel Marín.

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriiguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual 135,20 €

Tarifa instituciones anual 109,20 €

Ejemplar suelto 5,50 €

Ejemplar atrasado 8,50 €

Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif. Vértice

28041. Madrid.

Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075

E-mail: spa@drugfarma.com

Numancia, 91-93. 08029.


Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-61-63

D.L.: M-35829-2003

S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 7 Termómetro
- 10 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 Gestión Profesional
- 16 Gestión de Calidad. Medio Ambiente
- 18 Tribunales
- 20 Capital Riesgo
- 42 Inversiones
- 44 Internet y medicina
- 46 Renta 2008 (III)

Y ADEMÁS...

- 8 Atención al paciente
- 51 Tres de últimas
- 55 Clasificados



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué le parece que la investigación biomédica pase a depender del Ministerio de Ciencia e Innovación?

Participe a través de nuestra *web*:
www.medcoes.com

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



CURSO ON LINE

Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas crónicas y quemaduras

Medical Economics organiza este curso patrocinado por *Salvat*, que aborda los aspectos clave sobre la atención a las heridas agudas, crónicas y quemaduras. Para participar conecte con:

www.medcoes.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra *web*:

www.medcoes.com



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

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

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

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

© Copyright 2008 Edición Española, *Spanish Publishers Associates*.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

Margarita Alfonso

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

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad
de Medicina. Universidad de Salamanca

Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente
Federación Española de Clínicas Privadas

Carlos Belmonte Martínez

Director
Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal
Hospital Clínic de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Enrique Catalán López

Director General de Ileven Salud

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

Manuel Díaz-Rubio García

Vicepresidente
Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina
y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

José Fernández-Vigo López

Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Angel García Rodríguez

Presidente
Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico
Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero

Presidente
The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología
Hospital La Fe de Valencia

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico
Dirección General de Farmacia

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Director de Marketing y Comunicación
Webasistencial

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores
y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de
Especialidades en Ciencias de la Salud

Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria
UCM

Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General
de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriátrica
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias
CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios
y Científicos de Allergan

Julián Ruiz Ferrán

Secretario de la Fundación Gaspar Casal

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

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

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad
de Valores

Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García

Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho
Ambiental

Jose María Martínez García

Presidente del Instituto
para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez

Secretaría de la Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

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

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico
Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al paciente

Gloria Herías Corral

Adjunta a Dirección
Fundación Jiménez Díaz-Capio

Mi punto de vista

Medicina Cosmética y mayoría de edad

En los últimos meses, fundamentalmente en los medios de comunicación, se está reabriendo de forma reiterativa el debate acerca de la mayoría de edad en relación con los procedimientos de Medicina Cosmética y Estética, principalmente en aquellos quirúrgicos.

Adelantemos que, como principio general, un menor precisa siempre del consentimiento de sus padres o tutores para emitir un consentimiento válido, incluso en el caso de intervenciones médicas o quirúrgicas.

La mayoría legal y penal de edad está regulada en la Constitución Española (artículo 12), que dice: “los españoles son mayores de edad a los dieciocho años”.

La mayoría de edad es un estado civil por el que la persona adquiere plena independencia al extinguirse la patria potestad y, por lo tanto, la plena capacidad de obrar.

El menor dependiente

Por el contrario, la minoría de edad es un estado civil que se caracteriza por la sumisión y dependencia del menor a las personas que ostentan sobre él la patria potestad, sus padres o sus tutores, al considerarse que el menor no tiene la suficiente capacidad de entendimiento. Estas personas ostentan la representación del menor.

La capacidad del menor de edad se encuentra por tanto limitada con el fin de evitar que la posible responsabilidad que pueda derivarse de sus actuaciones, le perjudique.

Así, para la realización de determinados actos necesitará el consentimiento de sus representantes legales, padres o tutores.

Por otra parte se admite el concepto de emancipación: se permite que el mayor de 16 y menor de 18 años pueda disponer de su persona y de sus bienes

como si fuera mayor de edad. Se considera que el hijo está emancipado cuando siendo mayor de 16 años y con consentimiento de sus padres, vive de forma independiente.

El menor de edad puede adquirir la condición de emancipado cuando se le concede este beneficio por las personas que ostentan sobre él la patria potestad. En estos casos, es necesario que el menor haya cumplido los 16 años de edad y que esté conforme con que le sea concedida la emancipación.

Se otorga mediante Escritura Pública ante notario y debe ser inscrita en el Registro Civil.

La mayor parte de las emancipaciones se producen para contraer matrimonio antes de los 18 años o para poder hacerlo.

Una vez concedida, la emancipación no puede ser revocada.

Esta cuestión de la emancipación también se contempla en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella, y en materia de consentimiento informado, se indica que “cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

Al respecto de la cuestión el Código de Ética y Deontología Médica (1999) del Consejo General de Colegios de Médicos, en su artículo 11 dice: “La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”.

El Código de Deontología (2005) del Consell de Collegis de Catalunya en su



J. Víctor García Giménez*

» Un menor precisa siempre del consentimiento de sus padres o tutores para emitir un consentimiento válido, incluso en el caso de intervenciones médicas o quirúrgicas.

» Hay que considerar que la relación médico-paciente en el ámbito de la Medicina Cosmética y Estética es un verdadero contrato, y que el menor de edad no puede prestar consentimiento contractual válido.



Suscríbase a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="checkbox"/> Allergy	6	97,51 €	67,08 €	
<input type="checkbox"/> Gerokomos	4	65,66 €	45,57 €	
<input type="checkbox"/> Journal of Neurology	6	93,76 €	62,50 €	
<input type="checkbox"/> Medical Economics	20	135,20 €	109,20 €	
<input type="checkbox"/> Seminars in Oncology	6	93,76 €	62,50 €	
<input type="checkbox"/> Sexología Integral	4	65,66 €	45,57 €	
<input type="checkbox"/> JADA - Edición Española	6	93,76 €	62,50 €	
<input type="checkbox"/> Dental Practice	10	100 €	70 €	
<input type="checkbox"/> DMP	4	26 €	26 €	

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

Nombre y Apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia: C.P.:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

- Cheque adjunto nº a nombre de Spanish Publishers Associates
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

artículo 13 dice: "El médico no podrá tratar a ningún paciente con la capacidad mental conservada sin su consentimiento.

En el caso de un menor, si tiene la capacidad de comprender lo que decide, el médico debe tener en cuenta su voluntad, pero también valorará la opinión de los vinculados responsables".

Apelamos al debido e inexcusable respeto a estos principios éticos y legales, que era necesario citar, pero creemos que, ante todo, debe prevalecer el sentido común y el criterio profesional de los médicos. Resulta imposible establecer una norma única al respecto, y de hecho, amén de todas las posibles interpretaciones, nada queda reflejado respecto de la autorización o prohibición para tratar a un paciente en relación con su edad, como no podía ser de otra manera.

Una correcta evaluación

En cada caso habrá de realizar la evaluación oportuna: el diagnóstico preciso del o de los inestetismos, su estabilidad histológica y anatómica, la seguridad de que no se producirá una resolución espontánea y/o de que el previsible desarrollo del menor no condicionará negativamente el resultado, el grado de desarrollo emocional y la personalidad del paciente, las implicaciones del inestetismo en el ámbito social y emocional del menor, etcétera.

Y por supuesto, como en cualquier paciente, la o las indicaciones terapéuticas, las contraindicaciones, los riesgos, etcétera.

En definitiva, tratar una patología, y un inestetismo aunque resulte en el ámbito de lo subjetivo, no es una cuestión de edad, sino de conveniencia, necesidad, oportunidad y, sobre todo, de ponderada evaluación de riesgos; en definitiva de indicación médica en su sentido más amplio.

Y sin embargo, hay que considerar que la relación médico-paciente en el ámbito de la Medicina Cosmética y Estética es un verdadero contrato, y que el menor de edad no puede prestar consentimiento contractual válido, lo cual determina la aplicación del principio general de que la autodeterminación se inicia con la mayoría de edad.

Este criterio o principio general puede tener como excepción aquellos supuestos en los que el médico considere que la contradicción entre la opinión del titular de la patria potestad y la del menor pudiera comportar un perjuicio para éste, con un mayor riesgo para la vida o la integridad física del menor (lo que raramente sucederá en el ámbito de la Medicina Cosmética), en cuyo caso si podría ser determinante el criterio o la opinión del menor. ■

*Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética.

El Termómetro

Lo que más nos preocupa

Atrás han quedado las elecciones generales con sus promesas y lisonjas y hemos podido comprobar en sus resultados las dos mitades en que queda dividido el panorama político. Tras esas semanas de campaña y mítines es hora de preguntarse ¿dónde ha estado y qué lugar ha ocupado la Sanidad respecto a “los grandes temas que al parecer preocupan a la sociedad” en los mítines y debates televisados de los candidatos?

España tiene el gasto público más bajo de la Europa de los quince, sólo un 5,9 por ciento del PIB, según los datos de la agencia Eurostat, recabados recientemente por Vicenç Navarro, director del Observatorio Social de España, en la publicación “La situación social en España (II)”, editada por el Programa en Políticas Públicas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra, la Fundación Francisco Largo Caballero y la Biblioteca Nueva 2007. Dicha publicación es producto del Observatorio Social de España, el cual compendia a una red de investigadores situados en varias universidades y centros académicos españoles que trabajan en red y que tienen como objetivo analizar la situación social de España, documentando nuestro Estado de Bienestar permitiendo comparar su situación entre las comunidades autónomas, así como con la UE. Según manifiesta el propio Observatorio: “El segundo volumen de la situación social de España expande el anterior y analiza problemáticas concretas, documentando, entre otros temas, el gran déficit de gasto público en protección social; la insuficiencia del gasto público social municipal; la baja calidad de gran parte del empleo; el impacto de la regularización de la inmigración en los mercados de trabajo; las consecuencias de la situación de los mercados de trabajo en las desigualdades de salud y calidad de vida de los trabajadores; el impacto que el bajo gasto público sanitario y el “hospitalocentrismo” del sistema sanitario

tiene en el nivel de atención a la ciudadanía; el análisis de los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud de la población; la polarización social del sistema educativo español; la situación del profesorado; las insuficiencias en las escuelas de infancia y su impacto en la integración de la mujer en el mercado de trabajo; el escaso desarrollo de los servicios de atención a las personas con discapacidades, y su relevancia a raíz del próximo desarrollo de universalización de los servicios de dependencia; el problema mayor que tiene la juventud, es decir, la vivienda; y el impacto de las reformas fiscales en la distribución de la renta a nivel del Estado y a nivel de las comunidades”.

Los expertos concluyen en esta publicación que el SNS invierte 23.192 millones de euros menos de lo que destina a este ámbito el promedio de los países de la UE. España se sitúa por debajo de Portugal, cuyo gasto público sanitario fue de un 7,7 por ciento del PIB, mientras que Francia, con un 8,9, y Suecia, con un 8,5, se colocan a la cabeza en materia de inversiones. En cuanto al gasto público sanitario *per cápita* –medido en unidades de poder de compra (upc)– España se sitúa nuevamente a la cola, junto con Grecia y Portugal. Este país gastó 1.255 upc –Grecia, 1.171 y Portugal, 1.091–, una cifra muy por debajo del promedio de los quince, que alcanza los 1.886 upc. Los investigadores destacan que “el bajo gasto público sanitario en España se ha intentado relativizar por parte de algunos economistas”, quienes lo han atribuido “al escaso desarrollo económico español”. Esta argumentación no tiene en cuenta que el PIB *per cápita* español es ya el 90 por ciento del PIB promedio de la UE, mientras que el gasto público sanitario es tan sólo del 66 por ciento.

En fin, unas cifras y datos que han de hacer reflexionar, especialmente cuando nuestro SNS presume de situarse entre los mejores del planeta. La salud es lo que más nos importa a todos, sin ninguna duda. ■



Fernando Mugarza*

*Director de Comunicación de Pharmamar. (Grupo Zeltia).

Cajón de sastre o traje a la medida

No se puede definir un servicio de Atención al Paciente de un hospital de mejor forma que haciendo un símil con el cajón de un sastre, que es algo lleno de pequeños o grandes trozos de tela, que aparentemente no sirven para mucho.



Gloria Herías Corral*

Anuestros servicios llegan todos los problemas organizativos, asistenciales, de trato, de confortabilidad o de cualquier otra índole que viven los pacientes o familiares que acuden al hospital. Por ello, los que allí trabajamos percibimos que este servicio se convierte en un gran cajón donde todo parece tener cabida y que no vamos a ser capaces de hacer que esos sean útiles tanto para el paciente como para la propia organización.

Tengo una relación directa con el Servicio de Atención al Paciente de la Fundación Jiménez Díaz y me gustaría hablar de cómo funciona nuestro servicio y la interrelación que tiene con otros departamentos del hospital. En primer lugar, he de decir que nuestro servicio está estructurado como cualquier otro servicio de otros hospitales tanto públicos como privados, con dependencia jerárquica de la gerencia del hospital. Nuestra atención se centra en los principios básicos del respeto a la dignidad, libertad e intimidad de cada una de las personas que allí acuden, ofreciendo un clima de cercanía y hospitalidad lo más amable posible y cuyo objetivo principal es atender de forma personalizada a cada ciudadano. Sin embargo, lo más significativo de nuestro proceso de atención al paciente es que todos los profesionales del hospital estamos implicados en intentar hacer, en la medida de lo posible, ese traje a medida que precisa la persona que demanda una atención. Sin la implicación y colaboración del resto de profesionales y directivos del hospital, sería prácticamente imposible dar una solución adecuada a las demandas.

El mayor número de quejas y reclamaciones están relacionadas con la información que se proporciona y las demoras en la asistencia, al igual que en la mayoría de centros sanitarios. La información a los pacientes y sus familias es por norma general, una de las causas

de mayor insatisfacción. Cuando hay falta de información o ésta es escasa y además se utiliza un lenguaje incomprensible genera un alto malestar, desorientación e inseguridad importantes en el paciente, viviendo situaciones tensas e incluso conflictivas, que se recogen en nuestro Servicio de Atención al Paciente.

Insatisfacción de los pacientes

El personal que trabaja en este servicio posee la templeza necesaria y la colaboración del resto de personas de la institución para poder canalizar esta insatisfacción, intentando dar respuesta inmediata en la medida de lo posible, aunque obviamente no siempre lo conseguimos, bien porque no está la persona adecuada, para darle la información en ese momento, bien porque nos llega la queja por otra vía que no es la atención directa. En cualquiera de los casos, atendemos con la mayor diligencia estas demandas.

Las demoras también son un motivo de insatisfacción. Obviamente cuando acudimos con una cita a una hora y un día concretos queremos ser atendidos con la mayor rapidez posible. En muchos casos una demora de 10 minutos puede ser valorado negativamente porque el tiempo de espera se convierte en una eternidad para aquél que está sentado en una sala de espera.

Un estudio de satisfacción realizado en el Grupo Sanitario Capiro, demuestra que aunque haya esperas largas si los pacientes están debidamente informados, a medida que aumenta la demora, también aumenta la satisfacción del paciente, tal como se puede observar en el gráfico adjunto.

Éste muestra que los pacientes que esperan menos de 10 minutos si están muy bien informados son los más satisfechos. Sin embargo, si están mal o muy mal informados disminuye la satisfacción al mismo nivel que los

» Nuestra atención se centra en los principios básicos del respeto a la dignidad, libertad e intimidad de las personas que allí acuden, ofreciendo un clima de cercanía y hospitalidad lo más amable posible.

» El mayor número de quejas y reclamaciones están relacionadas con la información que se proporciona y las demoras en la asistencia, al igual que en la mayoría de centros sanitarios.

SECCIÓN PATROCINADA POR:



que están más de 40 minutos esperando. Al igual que en el otro extremo, los pacientes que esperan 40 minutos o más y tienen una información muy buena, presentan un nivel de satisfacción muy alto. Por tanto, ambas, información y demora son dos elementos que se muerden la cola y se convierten en el caballo de batalla de las organizaciones sanitarias. Si la atención de los pacientes se demora y les damos la información adecuada, nos encontramos con que se sienten más satisfechos y entienden la espera. Si, por el contrario, esperan poco, pero no se les informa, el nivel de insatisfacción es muy alto.

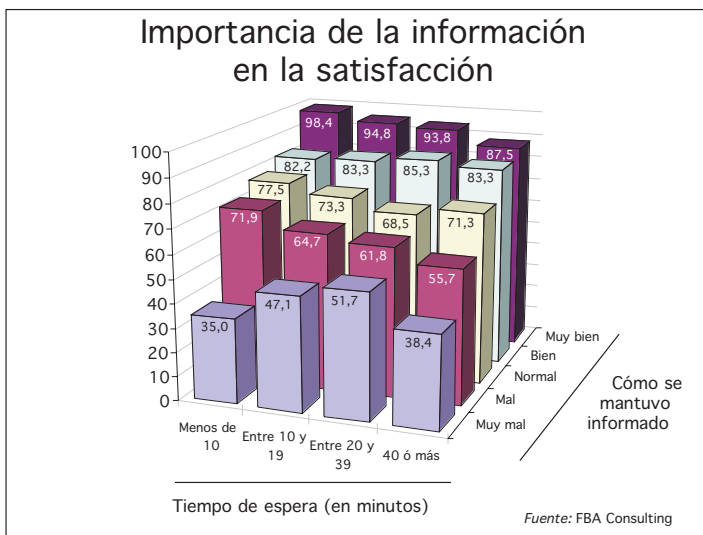
Uno de los objetivos que tiene nuestro servicio es la realización de acciones correctivas o planes de mejora de acuerdo, tanto con los resultados de las encuestas de satisfacción, como de los motivos de las reclamaciones. Todas estas acciones de mejora, tales como planes de información en las áreas más sensibles del hospital, gestión de las agendas y de los horarios de citas etc., en la Fundación Jiménez Díaz se realizan a través de la comisión del Núcleo Promotor de Calidad. Esta comisión, cuyo modelo participativo pretende implicar a todos los profesionales del centro, lleva a cabo a través de grupos de trabajo, las acciones de mejora acordadas elaborando el desarrollo de las mismas, implantándolas y evaluándolas. Los valores del Grupo Sanitario Capio, al cual pertenece nuestro hospital, están orientados a ofrecer a nuestros clientes un trato cercano, el mejor servicio e información posibles y el cuidado permanente al paciente.

Con el fin de preservar esos valores y sensibilizar a los profesionales de que las demandas o reclamaciones de los pacientes y sus familias tienen que servir para mejorar, hemos diseñado un programa de gestión de las reclamaciones que ha calado en la organización. Así, todos los responsables afectados de la organización tienen conocimiento inmediato, a través de su correo electrónico, de que se ha producido una reclamación y de cuál es el problema que plantea el paciente.

El responsable afectado del área médica, de enfermería u hostelería y mantenimiento, donde se produce la demanda, debe responder al Servicio de Atención al Paciente, dando una solución al respecto, para poder elaborar la respuesta al paciente a la mayor bre-

vedad. Si por algún motivo el responsable donde se produce la demanda no lo hace en un tiempo inferior a 12 días, nuestro sistema informático le recuerda cada dos días que debe dar una respuesta a la demanda surgida.

Así, en el momento actual, estamos batiendo tiempos record de respuestas a las reclamaciones realizadas, ya que el tiempo de respuesta media de las reclamaciones está en 11 días. Los tiempos permitidos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid suponen un plazo de 30 días como máximo. En nuestro hospital, el 70 por ciento de las demandas son contestadas en menos de 15 días. Este tiempo de respuesta altamente satisfactorio se debe, como he dicho al principio, al buen hacer profesional tanto del Servicio de Atención al Paciente como de los propios profesionales del centro.



Podemos decir, por tanto y con cierto orgullo, que el cambio cultural que se está produciendo en nuestro hospital está relacionado, en primer lugar, con la importancia con la que todos tratamos las demandas de los pacientes, y por otra parte a la interrelación de nuestro Servicio de Atención al Paciente con todos los servicios y departamentos del hospital. En definitiva, es importante que los cajones de sastre sigan existiendo en los Servicios de Atención al Paciente, removiéndolos lo suficiente para poder hacer los mejores trajes a medida que puedan tener nuestros pacientes. ■

* Adjunta a la Dirección del Hospital Fundación Jiménez Díaz-Grupo Capio.

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

16.021

millones de euros representó el gasto sanitario privado en España en 2006.

2,3

por ciento del Producto Interior Bruto.

5.267

millones fue el valor de los servicios prestados por los odontólogos.

2,124

millones significó la factura en servicios hospitalarios.

1.781

millones fue el valor de los servicios médicos.

Fuente: Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES).

LOS MIR ELIGEN ESPECIALIDAD

Los futuros residentes dejan vacantes 253 plazas de Medicina de Familia

Por tercer año consecutivo, Medicina de Familia no ha cubierto su oferta de plazas MIR. En esta ocasión, han sido 253 los puestos que no han sido adjudicados, que se suman a los 242 que quedaron sin ocupar en las dos últimas convocatorias, a pesar de la crisis de personal que vive la especialidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

Medicina de Familia sigue siendo una especialidad que no termina de entusiasmar a los recién licenciados.

Para la presidenta de la comisión nacional de la especialidad, Verónica Casado, en este escenario de déficit de profesionales "que hayan quedado plazas de Familia sin adjudicar es un problema que me parece muy grave, pues han quedado libres el 13 por ciento de las plazas".



NUEVAS ADQUISICIONES DE LA INDUSTRIA

Roche compra Piramed y la farmacéutica japonesa Takeda a su rival Millenium

La farmacéutica suiza Roche ha anunciado la compra de la biotecnológica Piramed por 160 millones de dólares (101 millones de euros). La empresa es interesante para el laboratorio suizo por sus investigaciones avanzadas en tratamientos innovadores contra el cáncer y enfermedades inflamatorias. Por otro lado, la mayor compañía farmacéutica de Japón, ha acordado comprar su rival estadounidense Millenium por 8.800 millones de dólares (5.590 millones de euros). Con esta adquisición, Takeda incorpora a su cartera el medicamento para el cáncer Velcade que generó el año pasado más de 800 millones de dólares a la compañía.



ENTRE NOSOTROS

Regina Revilla, directora de Relaciones Externas de Merck Sharp & Dohme en España, y miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, ha asumido el cargo de presidenta en funciones de la Asociación Española de Bioempresas (Asebio). Hasta ahora vicepresidente primera de la patronal biotecnológica, sustituye en el cargo a Cristina Garmendia, recientemente nombrada ministra de Ciencia e Innovación.

Asebio actúa desde 1999 como plataforma de encuentro y promoción de aquellas organizaciones dedicadas al desarrollo del escenario biotecnológico nacional.

PROMESAS ELECTORALES

Sierra plantea reclamar a las aseguradoras un incremento del 50 por ciento en las tarifas médicas en un plazo de tres años

El traumatólogo y ex presidente de la Organización Médica Colegial, explica a fondo en su página web los motivos que le han empujado a presentarse a las elecciones del Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM), y además expone su decálogo de medidas, en caso de ganar las elecciones el próximo 22 de mayo.

Liderar las condiciones de trabajo y reivindicaciones económicas de los médicos es una de las principales aspiraciones de este facultativo. Ahí se incluye la exigencia de la consolidación de los complementos en el sector público con un sistema de incentivos, eficiente y motivador donde se contemple la flexibilidad y la movilidad. Además, Sierra plantea la reclamación a las aseguradoras sanitarias de un incremento del 50 por ciento en las tarifas médicas en un plazo de tres años.



Guillermo Sierra.

LA CRISIS DEL INVERSOR

Los fondos de inversión continúan desfondándose

Desde que comenzó la crisis de las hipotecas basura, los inversores han retirado más de 30.000 millones de euros de los fondos de inversión, marcando récords mes tras mes. En marzo pasado, por ejemplo, los reembolsos netos ascendieron a 3.700 millones.

Las únicas categorías que se salvan de la quema son los fondos garantizados de renta fija y renta variable norteamericana. Ante las incertidumbres de los mercados, los inversores continúan encontrando refugio para su dinero en los depósitos bancarios.



GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS

Gestión privada en un centro de especialidades público

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha otorgado al grupo hospitalario Capiro la gestión del centro de especialidades Pontones, situado en la Ronda de Segovia de la capital española, que atiende a una población de unas 200.000 personas.



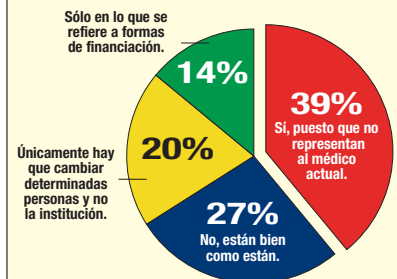
Se trata de la primera vez que en el sector público de la sanidad madrileña un centro de estas características pasa a ser gestionado por una empresa privada, cesión limitada hasta ahora a los hospitales. Esta práctica se halla ya extendida en la Comunidad Valenciana.

NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Cree necesario cambios en los colegios de médicos?



La mayor parte de nuestros lectores, un **39** por ciento, creen que los colegios de médicos necesitan cambios puesto que no representan al médico actual, mientras que un elevado porcentaje, un **27** por ciento, creen que están bien como están. Por otro lado, un **20** por ciento opina que lo que hay que cambiar son las personas no la institución, mientras que para un **14** por ciento, sólo habría que reformar las formas de financiación.

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

Los médicos españoles cobran menos de la mitad que sus colegas estadounidenses

La situación salarial de los médicos españoles puede llevar a la 'proletarización' de la profesión

MEDICAL ECONOMICS presentó en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos su encuesta exclusiva sobre los ingresos de los profesionales médicos. Los resultados fueron analizados por Juan José Rodríguez Sendín, secretario general de la OMC; y Julián Ruiz Ferrán, consultor experto en sociología médica, quien llegó a asegurar que "la situación salarial actual de los profesionales puede derivar en la proletarización de la profesión".

Hay que tener mucha vocación para ejercer la Medicina por menos de 45.000 euros brutos al año. España es el único país que exporta e importa masivamente médicos, ya que los nacionales optan por irse fuera mientras que se expolia de doctores a las regiones en vías de desarrollo", manifestó Julián Ruiz Ferrán, consultor experto en sociología médica, durante la presentación de la encuesta exclusiva sobre ingresos médicos de *MEDICAL ECONOMICS* en la sede del Consejo General de Colegios de Médicos. Estos datos podrían aplicarse a casi la mitad de la plantilla facultativa nacional, como puede verse en el amplio reportaje publicado el número del pasado 11 de abril, que se completa con el que se publica en este número (páginas 22-26).

España se encuentra a la cola en los sueldos de médicos, llegando a cobrar un 50 por ciento menos que sus colegas estadounidenses o un 20, 30 ó 40 por ciento menos, respectivamente, que los médicos residentes en Francia, Alemania, o Reino Unido. Ésta es una situación que Julián Ruiz Ferrán califica de "surrealista", ya que nuestro país importa médicos pero también los exporta de otros países en desarrollo, que son precisamente quienes más los necesitan. A su juicio, es necesario estimular al médico a ejercer "con plenitud", empezando por los ingresos pero también con otras motivaciones, así como establecer "mecanismos de oferta y demanda" para captar profesionales pues, en su opinión, la situación salarial actual puede derivar en una "proletarización" de la profesión médica.

En la misma línea, el secretario general de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, destacó la "disparidad"

de sueldo entre comunidades autónomas, donde "no actúan coordinadamente y están en permanente competencia entre ellas. Se plantea una revisión a fondo de las Administraciones sanitarias", indicó. Y advirtió que "hay una gran responsabilidad política que nadie ha decidido abordar, y que no puede solucionar solo el Ministerio de Sanidad".



De izquierda a derecha, Francisco López, Gonzalo San Segundo, Juan José Rodríguez Sendín y Julián Ruiz Ferrán.

Por comunidades autónomas, los mayores porcentajes de médicos con ingresos por encima de los 45.000 euros anuales se dan, por este orden, en Navarra, Castilla-La Mancha, Baleares, Andalucía, Cataluña y Madrid. Asimismo, tal y como explicó Gonzalo San Segundo, director asociado de la publicación: "Los datos que se desprenden de la encuesta realizada entre los lectores de la revista constata que los mayores ingresos se dan en las zonas urbanas y que las mujeres, en general, ganan menos que los hombres. ■"

antiseptia y desbridamiento

Curso *on-line*



Organizado por



Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



COORDINADOR

Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria
CAP Terrassa Nord (Barcelona)
Miembro Director del GNEAUPP

AUTORES

Raúl Capillas. Enfermero. Adjunto de Enfermería ABS Sant Josep, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fernando Martínez. Enfermero. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Miembro Director del GNEAUPP. Miembro del Instituto de Investigación Clínica en Heridas Crónicas. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores La Vega Mieres (Asturias)

José Luis Micó. Enfermero del Hospital Arnau de Vilanova (Valencia). Supervisor de Calidad e Higiene Preventiva

Jesús Portas. Enfermero del Centro de Curas de Úlceras Vasculares, Fontcoberta (Gerona)

Justo Rueda. Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord (Barcelona). Miembro Director del GNEAUPP

Teresa Segovia. Enfermera. Miembro Director del GNEAUPP. Supervisora de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)

Jorge Vázquez. Facultativo Especialista de Área del Hospital de León. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Miembro del Capítulo Español de Flebología

TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

- . Definición de antiséptico-antiseptia
- . Objetivos de la utilización de los antisépticos en las heridas
- . Mecanismos de acción de los antisépticos
- . Conceptos relativos a los microorganismos
- . Proliferación bacteriana. Conceptos relacionados con las heridas cutáneas
- . Aspectos sobre los antisépticos que se deben considerar: espectro, indicaciones....

Unidad 2 Desbridamiento

- . Definiciones: desbridamiento, carga necrótica, tejido esfacelado...
- . Importancia de la limpieza y del desbridamiento de las heridas
- . Objetivos de la limpieza y del desbridamiento
- . Manejo de la carga necrótica en las heridas crónicas
- . Tipos de desbridamiento: quirúrgico, autolítico, enzimático, osmótico....
- . Consideraciones especiales

CALENDARIO

Periodo lectivo:

7 de mayo-10 de octubre

Periodo de examen:

Unidad 1: 7 de mayo- 30 de junio Unidad 2: 1 de julio-10 de octubre

ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN
ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Gestión Profesional

Segunda foto: pérdidas y ganancias



Jose María Martínez García*

En el anterior número de MEDICAL ECONOMICS describí algunos conceptos básicos sobre el balance general. Ahora toca hablar del estado de pérdidas y ganancias. Ambos conforman los dos elementos más importantes para hacer los análisis económicos.

El director gerente debe tener un sentido crítico sobre cada uno de los informes contables; es necesario profundizar en el estado de pérdidas y ganancias, toda vez que muestra los resultados de la clínica durante un período de tiempo. Los ingresos y los gastos deberán estar dispuestos de tal manera que puedan mostrar los diferentes aspectos de su operatividad, con la ventaja siempre de que los resultados finales mostrarán los beneficios o las pérdidas netas del período que se analiza.

Sistemas simple y múltiple

Hay dos formas generales de presentar el estado de pérdidas y ganancias: como un sistema simple o como un sistema múltiple.

En la primera presentación, todos los ingresos y ganancias, se totalizan primero; el total de los costes y gastos se deduce después de conocer el total de ingresos, para llegar a beneficios antes de impuestos sobre utilidades o rentas; de esta manera, se llega a los beneficios netos en un solo paso. En contraste, en el sistema de pérdidas y ganancias de múltiples pasos, se llega al ingreso neto después de dar una información lo más detallada posible acerca de las operaciones. En ambos sistemas se puede observar que los impuestos sobre beneficios siempre aparecen como la última deducción, debido a que tienen como base el total de dichos beneficios.

Los componentes básicos de un estado de pérdidas y ganancias, como estamos viendo, son, pues, los ingresos, los costes, los gastos, los beneficios y las pérdidas. Todos estos elementos pueden combinarse de

diferentes maneras para establecer distintos controles de la actividad de la clínica.

Mientras que el resultado de un beneficio neto es la medida final de todas las actividades de la clínica, varios componentes intermedios pueden utilizarse para evaluar distintos resultados operativos, tales como los distintos beneficios operacionales según unidades o departamentos, o los beneficios antes de los costes fijos. Otras operaciones pueden incluirse como utilidades marginales brutas, etcétera, si se desea establecer aquellas que correspondan a algunas diferentes a las establecidas en los objetivos.

Los ingresos se definen como las asignaciones en tesorería de dinero, o de otros títulos, en canje por contraprestación a los servicios médico-quirúrgicos. En otras palabras, los ingresos se miden por el dinero recibido más el precio de mercado de cualquier otro activo que se reciba.

Los gastos o costes son los bienes o servicios consumidos como consecuencia de las actividades regulares de una clínica, durante un período de tiempo, con el objeto de cumplir con su misión y sus objetivos. En relación a ellos, es importante establecer la fecha cuando ocurrieron, no cuando se pagaron.

Los beneficios se definen aquí como los aumentos netos del patrimonio provenientes de la prestación de servicios médicos, con excepción de las inversiones o rentas de los propietarios. De otra parte, las pérdidas disminuyen el patrimonio como consecuencia de la operación normal para cumplir sus objetivos, excepto aquellos que sean consecuencia de gastos o distribución de fondos a los propietarios. Por ello es importante que los gerentes busquen ser muy competitivos en esta materia, ya que el estado de pérdidas y ganancias contribuye significativamente al análisis y calificación de la clínica y a su prestigio institucional en el exterior. ■

» Los ingresos se definen como las asignaciones en tesorería de dinero, o de otros títulos, en canje por contraprestación a los servicios médico-quirúrgicos.

» Los gastos o costes son los bienes o servicios consumidos como consecuencia de las actividades regulares de una clínica, durante un período de tiempo, con el objeto de cumplir con su misión y sus objetivos.

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

Para contactar: josemartinezg@eresmas.net

Live-Med comenzará sus actividades en Portugal

La Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General (APMCG) avala la calidad científica de los contenidos de Live-Med en Portugal.

Los médicos portugueses van a poder beneficiarse del nuevo modelo de Formación Médica Continuada de Live-Med España, –implantado con éxito en varios países europeos– gracias al acuerdo de colaboración firmado por esta entidad con la Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General (APMCG).

El acuerdo fue firmado por el doctor Luís Pisco, presidente de la Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General (APMCG), y Manuel García Abad, presidente de Live-Med España en el marco del Encuentro Nacional de Clínica General, celebrado en la localidad portuguesa de



El doctor Luís Pisco y Manuel García Abad durante la firma del acuerdo.

Vilamoura.

La primera actividad del Programa Actualización en Atención Primaria 2008 de Live-Med en Portugal se desarrollará en cinco ciudades portuguesas (Braga, Coimbra, Evora, Oporto y Lisboa). Los profesores de los cursos serán destacados miembros de la APMCG. La calidad académica de los contenidos cuenta con el aval de varias entidades independientes como la Asociación Portuguesa de Médicos de Clínica General (APMCG) y Harvard Medical School, instituciones que supervisan los programas de formación.

Por otro lado, las actividades del Programa AAP 2008 de Live Med España continúan desarrollándose por varias ciudades españolas. El último de los cursos celebrado en Zaragoza el pasado mes contó con casi 500 asistentes. ■



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

cristalina

ANTISEPTICO CON GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 1%



El antiseptico transparente, eficaz, seguro y rápido

PROPOSITO DE CRISTALINA
CRISTALINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICION QUIMICA:**
 CRISTALINA solución 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato 0,01 g. Excipientes: Alcohol benzílico, Polivinilpirrolidón 80, Agua purificada. **Antiséptico de acción bactericida y fungicida. PROPOSITO:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida: bacterias y hongos. **INDICACIONES:** heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, eczemas, acné, impetigo, flegmócelos, presencia de induraciones en la piel por diabetes. **Contraindicación:** de la piel en prolapso. **Contraindicación:** desinfección del sangrado en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **PRECAUCIONES:** No debe usarse en conjunción ni después de la aplicación de aceites, sales de plata, penicilinas o yodo. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Evitar la combustión sobre el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de las uñas. El preparado se aplica por el lado externo con CRISTALINA, debe emplearse meticulosamente. Las aguas saladas antes de usar. **CONDICIONES DE CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO:** Preservado de la luz. **INDICACIONES Y SU UTILIZACION:** En caso de exposición accidentada, proceder al lavado inmediato y protección de la mucosa afectada. En caso de dolencias o reacciones accidentales, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 367 04 33. **PRECAUCION:** Una mano, una a las aplicaciones locales, evitando aplicar zonas secas como se considere necesario. Las zonas secas las que haya heridas. **CRISTALINA** no se mezcla con agua ni otros líquidos. Solo con diluciones domésticas a base de peróxido de hidrógeno. Los medicamentos están indicados hasta dos años de edad de los niños. Sin receta médica.

VOLUMENES:	OTRAS PRESENTACIONES:
Cristalina solución 1% envase 500 ml	Cristalina fino 1% gel envase 100 g
Cristalina solución 1% envase 125 ml	Cristalina fino 1% gel envase 30 g
Cristalina solución 1% envase 25 ml	Cristalina Plus solución 1% envase 30 ml
Cristalina solución 1% (preparado)	

InfoSalvat
 900 30 50 30
 www.salvat.es salvat@salvat.es

SAIVAT
 innovación y calidad

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Respuestas a sus preguntas sobre...



Elisa Herrera Fernández*

» Los centros de atención de la salud, ya sean públicos o privados, como encargados de reducir y prevenir los problemas de salud de la población usan productos catalogados por la legislación como "tóxicos y peligrosos."

» Se deben garantizar unas condiciones óptimas de seguridad laboral ambiental, prestando especial atención a las características de los locales, instalaciones, equipos, productos, etcétera.

La salud y el trabajador en la actividad laboral

¿Qué supone la prevención de riesgos laborales en el día a día de los trabajadores?

En nuestra actividad laboral diaria nos vemos sometidos a diversas situaciones de peligro que pueden ocasionar ciertos riesgos en la salud humana y en el medio ambiente.

De alguna forma, la prevención de riesgos laborales, indirectamente, viene a suponer un beneficio medioambiental para la organización, aunque también hemos de tener en cuenta que en ocasiones, lo que no supone un problema de salud para el trabajador sí puede suponer un problema de "salud para el medio ambiente".

Soluciones a la prevención de riesgos laborales

¿Cómo podemos atajar estos problemas para garantizar unas óptimas condiciones de trabajo?

Lo primero y lo más importante es conseguir garantizar unas condiciones óptimas de seguridad laboral y de seguridad ambiental.

Debemos prestar especial atención a las características de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.

Productos tóxicos con consecuencias nocivas

¿Qué productos son los que pueden llegar a tener consecuencias laborales y ambientales?

Los centros de atención de la salud, ya sean públicos o privados, como encargados de reducir y prevenir los problemas de salud de la población usan productos catalogados por la legislación como productos "tóxicos y peligrosos".

En estos centros se manipulan, pues, productos que presentan riesgos para la salud y para nuestro entorno, como puede ser el caso de los residuos que se generan por su uso, o problemas originados por un vertido o derrame accidental. Una inadecuada utilización de dichas sustancias y sus derivados puede tener serias consecuencias para las personas y para nuestro ambiente.

Debido a que tradicionalmente la prioridad de los centros privados de salud ha sido la atención al individuo, siempre se ha restado importancia a los problemas medioambientales que se pueden causar (en cualquiera de los tres medios tradicionales de afección ambiental: aire, suelo y agua).

Esto ha ocasionado que en muchas ocasiones se haya creado un círculo vicioso de enfermedades por mal manejo de los productos y sus residuos en diversas situaciones.

Manipulación de sustancias peligrosas

¿A qué tipo de centros afecta la manipulación de dichas sustancias peligrosas o tóxicas?

Afecta a los centros de atención de salud, entendiéndose como tal cualquier hospital, sanatorio, clínica, policlínico, centro médico, maternidad, sala de primeros auxilios, clínicas y centros veterinarios, y todo establecimiento donde se practique cualquiera de los niveles de atención de salud humana o animal con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e investigación.

No podemos olvidar, que según datos recogidos por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el 19 por ciento de los trabajadores manifiesta que en su puesto de trabajo manipula sustancias tóxicas o nocivas. ■

*Experta jurídica en Derecho Ambiental.
Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Las empresas españolas de tecnología sanitaria duplican su tasa de exportación en 2007

Según datos publicados en la Memoria de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) 2007, las empresas españolas han duplicado su tasa de exportación durante el pasado año.

La cifra de exportación de las empresas de tecnología sanitaria en los mercados internacionales alcanzó los 1.416,42 millones de euros en 2007, un 6,3 por ciento más que al cierre del ejercicio anterior, según se pone de manifiesto en la memoria anual de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).



Margarita Alfonsel.

La presencia de la tecnología sanitaria española en el exterior continúa su proceso expansivo, duplicando a 31 de diciembre de 2007 la tasa de crecimiento situada en el 3 por ciento respecto al ejercicio 2005-2006.

“Estos datos son indicativos de una actividad en los mercados exteriores en alza, que afecta tanto a las exportaciones como a las importaciones y da como resultado una balanza comercial “tecnológico-sanitaria” con valores negativos” destacó Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin. La tasa de cobertura del sector, por otra parte, se mantiene en torno al 40-43 por ciento, mostrando la evolución a la par de exportaciones e importaciones.

Al igual que en ejercicios anteriores, el mercado exterior de las empresas de tecnología sanitaria se dirige hacia la Unión Europea que concentra el 76 por ciento de las operaciones comerciales y actualmente este sector representa el 8,7 por ciento del mercado europeo de tecnología. Tal y como concluye Alfonsel “la expansión del sector de tecnología sanitaria española y la creciente internacionalización de las empresas hace que por primera vez nuestro sector empresarial haya formado parte del grupo de élite de sectores identificados por el ICEX como de “alto contenido tecnológico”.

El gasto sanitario de las comunidades autónomas ha visto frenado su crecimiento de los últimos años, con un incremento medio del 8,33 por ciento en 2007, casi dos puntos por debajo de la variación del presupuesto del año anterior. ■



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-carbámico (glutámico) 200 mg, Metileno (D.C.) 1 200 mg, Metilsalicilato 200 mg, Nifedipina (D.C.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y ulceras tóxicas e isquémicas que presenten necrosis o detritus. Ulceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Fiebre de eritema. Artritis. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de heridas y trajectos de drenaje. Lesiones fúngicas postoperatorias. Mieloma. Desgaste de pennis, etc. Precaución: Evitar una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las zonas pueden renovarse dos o tres veces al día, previa lavado con agua de los residuos, antiseptos. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las vendas o insertarla directamente en cavidades y trajectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se ha descrito incompatibilidad. La mayoría de las antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de las enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utiliza típicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se ha descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nifedipina, 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: 91 563 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP IVA: 7,49 euros.

Tribunales

Sentencia suficientemente motivada



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Civil

Sentencia 4 de diciembre de 2007

Hechos

El 8 de noviembre de 1990 el paciente P. H. fue internado en el Sanatorio Parque de San Antonio de Málaga con diagnóstico de hemorragia digestiva. Al día siguiente se le diagnosticó una úlcera duodenal sangrante en sámana y hernia de hiato, lo que originó una anemia por disminución de hematíes. Ante ello, se solicitó la transfusión de dos unidades de concentrado de hematíes. Las bolsas de sangre habían sido analizadas y se había efectuado la detección de anticuerpos de hepatitis C negativa y, asimismo, verificaron las pruebas cruzadas de las bolsas con la sangre del receptor con resultado negativo.

Una semana después, el enfermo fue dado de alta y el 11 de febrero de 1991, tras otro análisis de sangre, se le diagnosticó el virus de la hepatitis C. Ante este contagio, el enfermo demandó a los doctores que intervinieron en la transfusión, a la clínica y a la compañía de seguros de ambos.

Fallo

El Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda por entender que los analistas habían realizado las pruebas pertinentes, y no podía basarse la existencia de responsabilidad en la mera sospecha de una hepatitis posttransfusional. Sin embargo, la Audiencia Provincial, tras el recurso presentado, estimó parcialmente la apelación del demandante y condenó solidariamente a los demandados a indemnizar al enfermo con 48.000 euros, por estimar que el único factor de riesgo y causa más probable de la infección fue la transfusión de sangre de la que se debió hacer un segundo análisis antes de transfundirla, así como un interrogatorio de los donantes, por lo que, al no haberlo hecho, se apreció una

negligencia del laboratorio de Análisis Clínicos. Y, al amparo del artículo 1.902 del Código Civil y del 25 y 28.2 de la Ley de Consumidores y Usuarios, procedía la condena. El Tribunal Supremo declaró no haber lugar a la casación pedida y confirmó la sentencia con imposición de costas a los recurrentes.

ANÁLISIS: Lo inequívocamente negligente

La doctrina del Tribunal Supremo es archiconocida en el terreno del Derecho Sanitario en donde nos movemos, así como en el de las responsabilidades contractuales y extracontractuales. Para poder hablar de éstas, hay que probar que se ha dado una conducta profesional sanitaria inequívocamente negligente, un daño cierto y una relación de causalidad entre los dos. Sólo se podrá hablar de negligencia cuando concurren los tres elementos.

Los doctores apelaron la sentencia de la Audiencia en casación porque la condena se basaba en una presunción no admisible por estarlo en un hecho no acreditado y decir la sentencia "lo más probable". Entendieron que el nexo de causalidad necesario no se daba en el presente caso y que se partía, sin prueba, de que los médicos incurrieron en negligencia. El fallo se basó en hipótesis y conjeturas sin tener en cuenta los dictámenes médicos. Estos motivos fueron desestimados por el Supremo. Otro de los motivos aducidos por los demandados es que la sentencia incurría en incongruencia al conceder menos de lo pedido, sin explicar la Audiencia las razones, así como todos los argumentados por la compañía de seguros, también desestimados. El Tribunal Supremo entendió que la sentencia de la Audiencia estaba suficientemente motivada y que no era necesaria una argumentación extensa ni una respuesta por menorizada a cada una de las alegaciones de las partes. Es suficiente una argumentación en Derecho que ofrezca un enlace lógico en los extremos sometidos a debate. ■

» El Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda por entender que los analistas habían realizado las pruebas pertinentes.

» Los demandados fueron condenados a indemnizar al enfermo con 48.000 euros, por estimar que el único factor de riesgo y causa más probable de la infección fue la transfusión de sangre.

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.
Para contactar: mfernandezmor@terra.es

Pfizer confirma sus previsiones de crecimiento en 2008

La farmacéutica Pfizer ha presentado los resultados de crecimiento del primer trimestre del año. Los ingresos farmacéuticos globales alcanzaron los 10.904 millones de dólares.

Los resultados de Pfizer durante el primer trimestre de 2008 confirman las previsiones de crecimiento realizadas por la compañía para el conjunto del año 2008. “Como ya mencionamos en nuestra previsión de ingresos en el último trimestre de 2007, el primer trimestre de 2008 no es comparable con el del año anterior por la pérdida de la exclusividad de amlodipino, en marzo de 2007, y de cetirizina el pasado enero. Estos resultados están, sin embargo, dentro de nuestras expectativas. Desde que amlodipino perdió la exclusividad en Estados Unidos, la comparativa de los resultados trimestrales entre 2008 y 2007 no han sido especialmente distintos”, señaló Jeff B. Kindler, Chief Executive Officer (CEO), de la compañía.

“Durante este trimestre, muchos de nuestros nuevos medicamentos, como sunitinib y vareniclina, han seguido ganándose la confianza de los pacientes y los profesionales sanitarios. También hemos observado un crecimiento estable en muchos de nuestros medicamentos ya a disposición de los pacientes, como pregabalina, ziprasidona, sildenafil y latanoprost. Adicionalmente, nuestras alianzas han supuesto un incremento de los ingresos de dos dígitos. Asimismo, atorvastatina continúa siendo un gran medicamento que está apoyada por numerosos estudios de eficacia y seguridad y continua demostrando la fortaleza de su patente”, continuó Kindler.

En palabras de Frank D’Amelio, Chief Financial Officer (CFO), “seguimos haciendo progresos para cumplir nuestro compromiso de reducción de costes para ahorrar entre 1.500 y 2.000 millones de dólares a finales de 2008”. “Estamos buscando generar entre 17.000 y 18.000 millones de dólares en flujos de tesorería operacionales en 2008, y esperamos continuar generándolos más allá de este año”, concluyó D’Amelio.

Durante el primer trimestre de 2008, los ingresos farmacéuticos globales alcanzaron los 10.904 millones de dólares, un 6 por ciento menos que en el mismo período del año anterior, incluyendo el impacto del cambio de divisa, que incrementaron los ingresos en aproximadamente 550 millones, el 4 por ciento. Los ingresos provenientes de los nuevos medicamentos se incrementaron un 3 por ciento. ■



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



*el apósito de espuma
que mimas 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

Capital Riesgo

10 errores que podrían destruir su idea



Luis G. Pareras*

Durante los últimos años he podido evaluar cientos de proyectos en el sector sanitario. He reunido los errores más frecuentes cometidos por los emprendedores en una suerte de decálogo. Espero que pueda ser de ayuda.

1. Si mi idea es buena encontraré dinero rápidamente. Falso. La idea no vale nada en absoluto. Si se lleva a la práctica puede llegar a valer muchísimo, pero su valor proviene entonces de su ejecución. Sin un equipo adecuado para llevarla a cabo ningún emprendedor llegará muy lejos.

2. Los fundadores científicos deberán dirigir la compañía siempre. Falso. Los emprendedores sanitarios con perfil científico deben ser conscientes de que en algún momento será importante atraer una dirección experimentada a la compañía.

3. La dilución es mala. Falso. Es mejor tener el 20 por ciento de una *start-up* que tiene beneficios de 10.000 euros, que un 95 por ciento de una *start-up* que sigue teniendo pérdidas. El crecimiento necesita capital. El éxito de un proyecto viene normalmente de la mano de compañeros de viaje capaces de aportar valor.

4. Mi éxito en el mercado se basa totalmente en la calidad de mi producto o servicio. Falso. Existen muchos otros condicionantes para el éxito. ¿Existe realmente un mercado para nuestro producto?

5. Todo el mundo me querrá cuando llegue al mercado. Falso. Muchas de las compañías del sector intentarán destruir las nuevas iniciativas; mejor estar preparados. El emprendedor debe saber quién será su amigo, y quien será su enemigo cuando llegue al mercado. Es importante conocer muy bien la cadena de valor.

6. Quiero ser todo para todos. Falso. Tratar de vender nuestros productos o servicios a todo el mundo suele ser sinónimo de

fracaso. Más bien al contrario, un nicho de mercado pequeño suele significar éxito.

7. No es el momento más adecuado para lanzar mi proyecto. Falso. No existe el momento perfecto para hacerlo. No es necesario tener un producto o servicio tremendamente perfeccionado para empezar. Cada idea tiene su ventana de oportunidad. Esperar demasiado podría hacer fracasar nuestro proyecto.

8. Es importante no explicar nuestra idea a nadie, podrían copiarla. Falso. Hay muchísimo más que ganar (*feedback*, contactos, puertas abiertas) que perder explicando libremente nuestra idea. Si simplemente discutiendo la idea la destruimos, entonces no tenemos una gran idea entre manos.

9. Es bueno negociar un acuerdo "yo gano-tú pierdes" con el capital riesgo. Falso. La negociación con el capital riesgo es siempre una negociación cooperativa, nunca competitiva. Los tendrás como compañeros por un período de tiempo largo, así es que lo mejor es desarrollar una relación de mutua confianza para que cada parte aporte lo máximo.

10. Si lo construyo, lo comprarán. Falso. Nunca lleses al mercado una solución en busca de un problema. Las mejores *start-ups* que conozco han sido construidas por emprendedores que traen una solución a un problema determinado.

+1 (extra). Prefiero apuntar bajo, no sea que me equivoque. Éste es el peor error. Falso. Siempre puedes aprender de tus errores y tener éxito si persistes. Tendemos a estigmatizar los errores. Muchos emprendedores sanitarios en potencia están demasiado preocupados por estar equivocados. Y si no están preparados para estar equivocados, nunca conseguirán hacer nada original. Me gustan los emprendedores que apuntan alto y fallan, son capaces habitualmente de aprender de sus errores y tener éxito. ¡Apunta alto! ■

>> La idea no vale nada en absoluto. Si se lleva a la práctica puede llegar a valer muchísimo, pero su valor proviene entonces de su ejecución.

>> No es necesario tener un producto o servicio tremendamente perfeccionado para empezar. Cada idea tiene su ventana de oportunidad. Esperar demasiado puede hacer fracasar nuestro proyecto.

(*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: www.healthonomics.com. E-mail: lluís.pareras@comb.es

ESTEVE

Vals 320, nueva presentación de Esteve para el control de la hipertensión

Esteve lanza al mercado Vals 320, una nueva presentación del principio activo Valsartan, antagonista de los receptores de la Angiotensina II. Vals 320, está indicado en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial no controlados en monoterapia, que no respondan a la dosis estándar.

Vals 320 (Valsartán 320 mg) ofrece una mayor eficacia y protección orgánica, reduciendo la proteinuria en pacientes hipertensos con diabetes tipo 2 con el mismo perfil de tolerabilidad y seguridad que en las demás dosificaciones.

Vals presenta una gran flexibilidad de dosificación terapéutica y con ello permite cubrir un amplio espectro de pacientes en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Está disponible en envases de 28 comprimidos y en cuatro dosis distintas: 40, 80 mg, 160 mg y 320 mg.



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

SureSkin[®] II 
APOSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

InfoSalvat
800 80 50 00
www.salvat.com


SALVAT
Innovación y calidad

La investigación, a Ciencia e Innovación

El presidente pone a dieta a Sanidad

Desgajada de sus competencias la investigación, los pilares sobre los que se asentará la política del Ministerio de Sanidad en esta legislatura son: la reforma de la Atención Primaria, la adopción de estrategias para paliar el déficit de médicos y el establecimiento de un nuevo modelo de financiación.



Por Gonzalo San Segundo

Cuando el lunes, 14 de abril el ministro Bernat Soria Escoms despertó y se sentó a la mesa para desayunar, vio que de su menú político habitual había desaparecido la investigación. El presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, había decidido que Sanidad tenía que adelgazar –más aún– y aplicó la misma receta que este departamento publicó a finales de 2006 sobre la prevención de la obesidad.

No era nada personal, por supuesto, pero el investigador Soria se había quedado sin dos de los puntales de su ministerio: los centros de investigación del Instituto de Salud Carlos III y el desarrollo de la Ley de Investigación Biomédica. Platos suculentos que –además de las universidades, el Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial– se merendaba el nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación, regentado por la científica y empresaria Cristina Garmendia Mendizábal y cuyo destino es constituirse en importante motor para impulsar la economía de este país.

Tampoco era un anuncio oficial, pues para realizar efectivamente ese trasvase (o conducción, como se dice ahora) sería necesaria una ley de rango igual o superior a la Ley General de Sanidad de 1986, por cuyo título VII se constituyó el Instituto de Salud Carlos III, dotándole de estructura, organización y competencias. Y, entre éstas, figuran la investigación clínica, investigaciones sobre genética y reproducción humana y fomento y coordinación de las actividades de investigación biomédica y sanitaria.

Sea como fuere, ¿qué hará ahora un investigador al que le quitan las competencias en investigación? Tareas, y arduas, no le van a faltar, si decide continuar al frente de este ministerio. Y las afrontará, de momento, con su equipo de confianza Consuelo Sánchez Naranjo, subsecretaria, y José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, que siguen en sus puestos.

Soria y su equipo tienen por delante, en materia sanitaria, la difícil papeleta de reformar la Atención Primaria (AP). Dicha reforma consistirá, básicamente, en hacer que las comunidades autónomas cumplan las reco-

La pareja 'bio'

Bernat Soria Escoms, diputado del PSOE por Alicante, continúa, como estaba previsto, al frente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Catedrático de Fisiología excedente de la Universidad Pablo de Olavide en Sevilla, es, ante todo, un investigador, un científico. En su carrera, ha dejado hondas huellas en Biofísica: fue jefe de Proyecto en el Departamento de Biofísica de la Universidad de East Anglia, en Norwich, Reino Unido, y presidente de la Sociedad Española de Biofísica; en Bioingeniería: puso en marcha el Instituto de Bioingeniería, del que fue director, en la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante) y en Biomedicina: pionero en España en el uso de células madre con fines terapéuticos, dirigió el Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa de Sevilla.

Cristina Garmendia Mendizábal, titular del nuevo Departamento de Ciencia e Innovación, también despliega unas cuantas bios en su currículum. Doctora en Biología Molecular y especialista en Genética, fundó y presidió Genetrix, grupo de empresas biotecnológicas cuyo punto de partida es la Biomedicina. Así, la compañía es pionera en España en la producción de fármacos con células madre adultas, y desarrolla tecnologías de biosensores y bioinformática. También presidió Asebio, la agrupación española de empresas de biotecnología.

Más allá de las biocoincidencias, el nexo común entre Soria y Garmendia es la investigación y, más concretamente, la terapia celular y molecular. ■



El déficit de médicos continuará siendo uno de los problemas más importantes en esta legislatura.

mentaciones contenidas en el *Proyecto AP21: Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI*, que muchos ya tildan de obsoleto.

Dos de esos críticos son Francesc Borrell Carrió y Joan Gené Badía, médicos de Familia y profesores de la Universidad de Barcelona. Ambos sostienen en un reciente artículo

que el *Proyecto AP21* ofrece “más de lo mismo”, más de lo que viene funcionando desde 1984, es decir: más centros de salud, más equipos, más informatización de la gestión, más prevención, más promoción, más comunidad, “más *totum revolutum*”. Y sostienen: “En lugar de coger el toro por los cuernos, prefieren seguirlo toreando”. Y otra pareja, entre tantos, que se ha manifestado beligerante con la AP21 es la formada por Amando Martín Zurro, coordinador general del Programa de Medicina Fa-

miliar y Comunitaria de Catalunya, y Juan Gervas Camacho, médico general rural de Canencia de la Sierra (Madrid) y coordinador del Equipo CESCA. Ambos participaron en la jornada de *Los jueves de Medical Economics* del pasado 17 de marzo sobre *¿Cómo impulsar la Atención Primaria? Estrategias y aliados*, y sostuvieron que la solución a los problemas de la AP no era precisamente la *Estrategia AP21*.

Dicho proyecto choca, en cuanto a su aplicación se refiere, con el colectivo de médicos de AP (muchos de ellos en intermitentes movilizaciones), que lo contemplan como insuficiente y un tanto trasnochado; y con la parsimonia—cuando no recelos—de los gobiernos autonómicos a la hora de llevarlo a la práctica.

Otro de los toros con los que Bernat Soria ha de lidiar en esta legislatura es la adopción de medidas para paliar el déficit—o redistribución—de médicos. Aquí el asunto parece ser más pe-liagudo. El estudio de la demografía sanitaria en España es una de las cuestiones que más preocupan a las partes implicadas: colegios de médicos y enfermeros, sindicatos, residentes, decanos y estudiantes de Medicina.

¿Cuántos médicos hay? ¿Cuántos están ejerciendo? Y de éstos, ¿cuántos tienen un trabajo

¿C+I = I+D+i?

El teoría, la ministra de Ciencia e Investigación (C+I), Cristina Garmendia, tiene todo a su favor para que este país se abra camino entre los campeones mundiales de la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i). Su experiencia como investigadora y empresaria y el empeño del presidente del Gobierno en que la investigación se convierta en un motor que impulse la economía española, trazan un panorama esperanzador para lograr ese objetivo. Pero no sólo con entusiasmo se ganan las batallas.

Potenciar la ciencia y la investigación requiere crear un modelo atractivo de carrera científica, de reconocimiento social, de salarios dignos y becarios no explotados; requiere que regresen los cerebros españoles que trabajan fuera del país y retener a los que están aquí; se precisa aumentar la inversión pública en I+D+i y estimular la privada para pasar del 1,2 por ciento del PIB al 2 por ciento en esta legislatura y, aún así, España quedaría lejos de la media de la UE de los quince y de la OCDE; y es necesario coordinar los centros de investigación (tanto públicos como privados) con las empresas y las universida-

des. Es decir, crear sinergias, registrar patentes y, en lo que a la salud toca, volcar los resultados en mejorar la calidad sanitaria de los pacientes. Y, antes que nada, conviene determinar en qué hay que investigar.

José Luis Rodríguez Zapatero, en el debate de su investidura como presidente del Gobierno, hizo referencia explícita a algunos de esos aspectos. Entre ellos, la aprobación de un estatuto del personal investigador público, que incorporaría a 50.000 personas al sistema de ciencia y tecnología, la mitad en el sector empresarial, y una Ley de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, que podría sustituir a la Ley de Ciencia de 1986, en vigor.

Son tareas que Garmendia y su equipo han de afrontar con hechos y resultados. Sólo así, y sin excusas, la C+I será verdaderamente I+D+i. Pero algún problema se presenta por el camino. La ministra y sus dos secretarios de Estado: Carlos Martínez Alonso, de Investigación, y Màrius Rubiralta, de Universidades, carecen de experiencia estrictamente política, en un ministerio de dimensión política. Además, los dos proceden, como la ministra, del ámbito de la biotecnología. ■

precario? ¿Cuántos están en paro? ¿Escasean los profesionales o es que están mal repartidos? Mientras no se despejen estas incógnitas, no se podrán adecuar las plantillas, ni se sabrá cuántas plazas de Medicina habría que incrementar ni si son necesarias más facultades.

Además, los colegios, decanos y estudiantes también andan preocupados por la adaptación del sistema universitario español a las exigencias de la *Declaración de Bolonia*, por los cambios en el futuro examen de los MIR y por la regulación de las homologaciones de títulos a los médicos extranjeros que quieren ejercer la profesión en España.

El tercer eje de la próxima política sanitaria es la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica. Se trata, en palabras de Zapatero, de “una de las tareas más exigentes, complejas y necesarias de esta legislatura”, y afectará a sanidad, educación y servicios sociales básicos. De ese nuevo modelo de financiación dependerá la viabilidad del sistema sanitario.

Tanto en el capítulo de la nueva financiación, como en el de garantizar por ley los tiempos máximos de espera para las intervenciones quirúrgicas en todo el territorio espa-

ñol, y en otros asuntos citados anteriormente, Soria deberá pelear con convicción y eficacia en el Consejo Interterritorial de Salud. Hasta ahora, dicha plataforma, más que para buscar soluciones, ha servido para crear problemas entre los consejeros del PSOE y del PP, éstos en su papel, a veces ofuscado, de oposición y plante a toda costa.

Junto a esas tareas, digamos principales, el ministro Soria se enfrenta en esta nueva legislatura a otros retos, como: dar “plenas garantías” a las mujeres que decidan interrumpir su embarazo, tanto en la asistencia sanitaria como en el respeto a su intimidad; establecer un acuerdo nacional sobre vacunas y tiempos máximos de espera en situaciones urgentes, la generalización de la receta electrónica, marcar una estrategia de salud sexual y reproductiva y otra frente a la anorexia y la bulimia, aprobar las leyes de Salud Pública y la de Salud, Seguridad Alimentaria



Potenciar la ciencia y la investigación requiere crear un modelo atractivo de carrera científica.

El investigador, sin investigación

Llegó al Ministerio de Sanidad y Consumo en julio de 2007 con una misión por encima de otras: potenciar la investigación biomédica y desarrollar la Ley de Biomedicina, que viene a ser lo mismo. Y un objetivo como compromiso personal: colocar a España entre los diez primeros países del mundo en I+D en esta área. Nueve meses después, quien nombró a Bernat Soria ministro le ha quitado sus principales atributos políticos, o sea, los centros investigadores del Instituto de Salud Carlos III, que han pasado a depender del nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación.

Soria conservará, bajo el nombre actual de la institución y la dirección de Flora de Pablo, la Escuela Nacional de Sanidad, el Centro Nacional de Epidemiología, el Centro Nacional de Sanidad Ambiental y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Los centros mixtos, en los que se investiga y se realizan diagnósticos, como el Centro Nacional de Microbiología, se hallan a la espera de adscripción.

Si con las transferencias a las comunidades autónomas Sanidad quedó fuertemente devaluada, ahora se redobla el cuestionamien-

to acerca de la necesidad de su existencia como ministerio. Incluso el propio Soria podría estarse preguntando: “¿Qué hace un investigador como yo en un ministerio como éste?”.

Lo que Garmendia se llevó

Competencias, funciones y centros de investigación del Instituto de Salud Carlos III que pasarán a depender de la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia:

- Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO).
- Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC).
- Centro de Investigación de las Enfermedades Neurológicas (CIEN).
- Los centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER).
- Las redes temáticas de Investigación Cooperativa (RETICS).
- Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), ente evaluador y financiador de proyectos de investigación. ■

y Nutrición; aplicar el Plan de Salud Bucodental –aprobado la pasada legislatura– para los niños de 7 a 15 años, la puesta en marcha de una normativa que desarrolle la Ley del Medicamento y la regulación de la prescripción enfermera, entre otros cometidos.

Esas medidas (o promesas) están contenidas en el programa electoral de Sanidad del PSOE. Otras, en cambio, como un Pacto por la Ciencia y el desarrollo de la carrera investigadora en el Sistema Nacional de Salud (SNS) las tendrá que abordar el nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación. Y la transformación del Instituto de Salud Carlos III en Agencia Estatal de Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud ha quedado abortada, al poner las competencias en materia de investigación en manos de Garmendia.

Para llevar a buen puerto algunas de sus tareas más importantes, Soria deberá trabajar muy estrechamente con el nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación. Por ejemplo, en todo lo referente a la ampliación de plazas MIR y, en su caso, aumento de plazas de estudiantes de Medicina y facultades. Asimismo, ha de colaborar codo con codo con el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte para el desarrollo de la Ley de Dependencia.

Todo parece indicar que este Gobierno nace con fecha de caducidad: hasta que España finalice su presidencia de turno de la Unión Europea, lo que le toca asumir durante el primer semestre de 2010. A partir de entonces, con mucha probabilidad, habrá que dibujar otro mapa político-sanitario. ■

Ciencia e Innovación: ausencia de médicos

En el nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación, los médicos, al cierre de esta edición, están ausentes de los altos cargos, directores generales incluidos.

Cristina Garmendia Mendizábal, ministra. Bióloga especialista en genética.

Carlos Martínez Alonso, secretario de Estado para la Investigación. Era el presidente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Màrius Rubiralta i Alcañiz, secretario de Estado de Universidades. Químico y catedrático de Química Orgánica, era rector de la Universidad de Barcelona.

José Manuel Fernández de Labastida y del Olmo, secretario general de Política Científica y Tecnología. Físico, ejercía la cátedra de Física Teórica en la Universidad de Santiago de Compostela, y desde 2004 era vicepresidente de Investigación Científica y Técnica del CSIC.

María Teresa Gómez Condado, subsecretaria de Ciencia e Innovación. Del Cuerpo Superior de Administradores Civiles del Estado, es licenciada en Derecho y en Ciencias Políticas y Sociología. Era subsecretaria del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.

En el Ministerio de Sanidad hay cambios.

Ildelfonso Hernández Aguado, director general de Salud Pública. Era catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

Alberto Infante Campos, director general de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Inspector médico, era director general de la Agencia de Calidad del SNS.

Pablo Rivero Corte, director general de la Agencia de Calidad del SNS. Licenciado en Derecho y diplomado en Ciencias Empresariales, era consejero de Innovación en Salud en la Calgary Health Region, en Canadá.

Juan Carlos Martínez Martínez, director del Gabinete del Ministro. Desempeñaba el cargo de director de Comunicación del ministerio.

En Andalucía, comunidad autónoma que también celebró elecciones el pasado 9 de marzo, la consejera de Sanidad, María Jesús Montero, ha nombrado viceconsejero a **Enrique Cruz Giráldez**, ex director del Gabinete de Bernat Soria, y, director del SAS, a **José Luis Gutiérrez Pérez**, que era director de la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Maxilofacial del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

En los dos principales partidos políticos continúan los mismos responsables de Sanidad: **Matilde Valentín Navarro**, secretaria de Bienestar Social del PSOE, y la ex ministra de Sanidad, **Ana Pastor Julián**, como secretaria ejecutiva de Política Social y Bienestar del PP. En el Congreso y el Senado, las comisiones de Sanidad e Investigación, al cierre de esta edición, no se habían constituido. n



CLUB MÉDICO INFORMATIVO

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



40 AÑOS VIAJANDO ENTRE AMIGOS
¡FELIZ ANIVERSARIO!



NOVEDAD BUQUE VISION ATHENA ****

14 JUNIO

Desde Barcelona

CRUCERO *Encanto Mediterráneo* (10 DÍAS/ 9 NOCHES)

BARCELONA TÚNEZ MALTA CORFÚ (GRECIA) MESSINA-NÁPOLES-ROMA-NIZA-BARCELONA



Plazas Limitadas, Tasas y seguro no incluidos.
*precio por persona en camarote doble Cat A
Promoción 2X1 SOBRE PRECIO FOLLETO 1ª PERSONA
Válido a partir 18 de abril de 2008
Consulten condiciones de promoción
** Niños gratis hasta 17 años en sólo crucero
Consulte PAQUETE TODO INCLUIDO: 18€/DÍA

2X1

Desde **645** C PP.
(DESCUENTO YA APLICADO)

**10 días de crucero.
Pensión completa.**

LOS MEJORES CRUCEROS FLUVIALES DE EUROPA 2008

(FLETADOS EN EXCLUSIVA POR POLITOURS)

desde
950€
por persona

M. S. PRINCESS 3* SUP



CRUCERO POR LOS PAISES BAJOS

Crucero 8 días
de Ámsterdam a Brujas y viceversa
Salidas todos los DOMINGOS
15 de junio a 7 de septiembre 2008

desde
985€
por persona

M.S. SERENITY 4*



CRUCERO RHIN Y MOSELA

Crucero 8 días
de Colonia a Estrasburgo y viceversa
Salidas todos los LUNES
2 de junio a 22 de septiembre 2008

POLITOURS



RIVER CRUISES

desde
1.350€
por persona

M.S. RUSS 3* / M.S. ZISIMA 3*
M.S. NIZHNY NOVGOROD 3*



GRAN CRUCERO DE RUSIA

Crucero 11/12 días
de Moscú a San Petersburgo y viceversa.
Salidas todos los LUNES Y JUEVES
19 de mayo a 22 de septiembre 2008

**AVIÓN
INCLUIDO**

desde
890€
por persona

MS SWISS CRYSTAL 4* SUP
MS MY STORY 3* SUP



CRUCERO DANUBIO

Crucero 8 días
de Linz a Budapest y viceversa
Salidas todos los LUNES
2 de junio a 22 de septiembre 2008

Información y reserva en su agencia de viajes



POLITOURS

CAA-19

www.politours.com

BONIFICACIONES
(Reserva Anticipada)
7% (+ de 50 días)
12% (+ de 80 días)

EBRO Fluvial

Transporte y Turismo



ZARAGOZA

La ciudad inmortal de Zaragoza ha estado y estará durante demasiado años de espaldas a sus ríos, que le dan origen. Se Aranzanizamos, aprovechando el acontecimiento de internacionalización de la Expo ha sabido sacar una serie de iniciativas para volver esta ciudad fluvial y devolver a sus ríos la importancia que nunca debió perder.

TARIFAS* (precios EXPO)

- Adultos Ticket (ida y vuelta) 14 €
- Niños Ticket (ida y vuelta) 7 €
- Documentos públicos, familias numerosas (con justificación documental) 20%
- Abonos 7 días / 1 mes / 3 meses
- Precios especiales para grupos, asociaciones, colectivos, colegios.
- Venta anticipada de entradas (descuento)
Compra antes del 15 de febrero de 2008 20%
Compra antes del 1 de junio de 2008 12%
- * Estas tarifas comprenden: viaje ida y vuelta con tickets de bajada en los cruces naves (Araül/Náutico, Náutico/Expo, Expo/Náutico y Náutico/Araül). IVA incluido 7%. Véase recortada en mapa.
- Barco eventos. Casamarín tipo Filix de Azara (75 personas sentadas)
Alquiler/charter por hora 650 €
(Recurrido a voluntad/máximo 2 horas). Consulta personalización con tiempo y suplementos. No se aplican descuentos excepto venta/compra anticipada. Esta previsión proporciona diversos tipos de catering, cuyos precios variarán en función de los servicios que se suministren.
- Países extraños (hasta 4 personas) alquiler/charter por hora 12 €
(Destino navegación limitada a la línea Araül).



TURISMO EBRO FLUVIAL

Dirección: C/ta 2113, 667 20, 50.001
Tel: 976 22 26 73
E-mail: info@turismoebrofluvial.com

Curso on-line

Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras



Organizado por



Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



Temario

Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado.
Úlceras por Presión (UPP)

Unidad 2

Úlceras Vasculares (UV)
Pie Diabético

Unidad 3

Quemaduras

Calendario

Periodo lectivo

1 de marzo-10 de octubre.

Periodo de examen

Unidad 1. 1 de marzo-30 de abril.
Unidad 2. 1 de mayo-30 de junio.
Unidad 3. 1 de julio-10 de octubre.

Coordinadores científicos

Isabel Boveda

Enfermera de Atención Primaria, CAP Torrance Nord, Consejo Sanitat de Torrance, Barcelona.

Lola Argente

Enfermera Supervisora de Calidad del Área Sanitaria de Piel, A Coruña.

Sallier Arceles

Enfermera, Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clinic de Barcelona.

Jaegle M. Pelt

Enfermera, Unidad de Quemados, Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, Barcelona.

Xavier Teixidó

Enfermero, Unidad de Quemados, Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, Barcelona.

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

ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN
ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medeco.es.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Encuesta exclusiva Medical Economics (y II)

Entre los MIR ya existe un claro predominio de la mujer

Las mujeres tienen empleo más precario que los hombres



Los médicos varones, con más experiencia profesional, se pluriemplean más que las mujeres, mientras éstas predominan en el empleo precario, según revela la encuesta exclusiva realizada entre sus lectores por MEDICAL ECONOMICS, y cuya primera parte, dedicada a las retribuciones, publicamos en nuestro número del 11 de abril.

Por Gonzalo San Segundo

Algo más de dos tercios del total de médicos encuestados son hombres, con una edad media de 49 años (mínimo de 25 y máximo de 73). Una cifra similar confiesa trabajar sólo en el sector público de la Sanidad, mientras que un 15 por ciento lo hace en el sector privado. Parecido porcentaje se pluriemplea, es decir, ejerce la profesión en el sector público y en el privado.

Las mujeres, por su parte, representan el 31,7 por ciento de la muestra y tienen una edad media de 45 años (cuatro menos que los hombres), con un mínimo de 27 y un máximo de 61 años. Y, entre ellas, hay tres veces más de eventuales y el doble de desempleadas que en el grupo de hombres.

Ésas son algunas de las conclusiones que se extraen de la encuesta exclusiva

que MEDICAL ECONOMICS realizó entre sus lectores a finales del año pasado y cuya primera entrega, referida a las retribuciones, se publicó en el número del pasado 11 de abril. La encuesta revela, entre otras cosas, que en España la mitad de los médicos ingresa al año menos de 45.000 euros brutos, que se gana más en las ciudades que en el medio rural y que la mujer cobra menos que el hombre.

Esta segunda y última entrega, dedicada a analizar el perfil sociológico de los encuestados, desvela que las mujeres, que representan casi el 32 por ciento del total, se hallan con un porcentaje de mayor presencia en el sector público y también en el privado, mientras que las que comparten su quehacer profesional entre el público y el privado alcanzan tan sólo un 7 por ciento.

A. Los hombres se pluriemplean más que las mujeres

Sector	%	Hombres ⁽¹⁾	Mujeres ⁽²⁾
Público	67,6	66,5	77,4
Privado	15,3	14,0	18,6
Púb. y priv.	15,0	19,5	7,0

⁽¹⁾ Representan el 68,3 por ciento de los encuestados.

⁽²⁾ Representan el 31,7 por ciento de los encuestados.

B. Ésta es su situación (%)

Ámbito de trabajo

Medio	Varón	Mujer	Total
Medio rural⁽¹⁾	10,4	8,2	9,7
Semi-urbano⁽²⁾	15,4	11,8	14,3
Urbano⁽³⁾	74,2	80,0	76,0

Tipo de contrato

Fijo	74,6	59,3	69,8
Interino	16,8	18,6	17,3
Eventual⁽⁴⁾	3,2	9,3	5,2
Residente	1,6	4,7	2,6
Desempleado	0,5	1,1	0,7
No contestan	3,3	7,0	4,4

⁽¹⁾ Hasta 5.000 habitantes.

⁽²⁾ De 5.001 a 20.000 habitantes.

⁽³⁾ Más de 20.000 habitantes

⁽⁴⁾ Suplencias.

Asimismo, la mujer, en general, tiene menor porcentaje de jornada completa en el medio urbano y semiurbano que el hombre. Ese menor tiempo de dedicación asistencial se explicaría, entre otras razones, porque las médicas prefieren (o se ven obligadas) a dedicar más tiempo a la vida familiar (*ver cuadro A*). Una vida familiar que, sin embargo, han de soportar con empleos menos estables que los hombres.

Las mujeres que confiesan tener contratos fijos apenas superan el 59 por ciento, un 15 por ciento menos que los hombres; la interinidad también es superior, así como la proporción en situación de paro. El auge de la mujer en la práctica médica queda reflejada en su predominio entre los médicos residentes. Asimismo, se observa que, en términos generales, prácticamente uno de cada cuatro encuestados se encuentra en régimen laboral de interinidad (más del 17 por ciento), realiza sustituciones (eventualidad) o está desempleado (*ver cuadro B*).

En el mismo cuadro se aprecia que tres de cada cuatro encuestados ejerce en el medio urbano (ciudades con más de

20.000 habitantes), donde las féminas, proporcionalmente, son mayoría. Por el contrario, la mujer tiene una menor presencia que el hombre en los medios rural y semiurbano, lo que tal vez se deba, entre otras causas, a que el ejercicio médico en estos ámbitos sea menos soportable que en las ciudades. Con todo, las diferencias no son significativas.

La tabulación de las respuestas según el país de origen, arroja que el 57 por ciento ha nacido en España, a los que habría

C. De dónde vienen

Nacidos en España	57,2
Nacionalizados españoles	13,6 ⁽¹⁾
Extranjeros	0,4
No contestan	28,8 ⁽²⁾

⁽¹⁾ El 22 por ciento procede de Colombia, el 17 por ciento de Perú, otro tanto de Venezuela y el 11 por ciento de Argentina. El resto tiene como país de origen Austria, Marruecos, México, Panamá, Siria y Sudán.

⁽²⁾ Probablemente la mayoría son extranjeros

D. Dónde están

Madrid	20,3
C. Valenciana	14,8
Cataluña	12,9
Andalucía	11,1
Castilla y León	6,6
Galicia	5,2
Aragón	4,1
Canarias	3,7
Cantabria	3,7
Castilla-La Mancha	2,9
País Vasco	2,9
Otras	11,8

⁽²⁾ Probablemente la mayoría son extranjeros

que sumar casi otro 14 por ciento de nacionalizados. De éstos, casi todos proceden de Sudamérica, con prevalencia de colombianos, peruanos y venezolanos. Y arroja también el dato elevado de un 29 por ciento de encuestados que no responden a esta pregunta. El cuestionario proporciona pistas para suponer que, si no todos, al menos la gran mayoría de éstos son extranjeros.

E. Los adjuntos dominan (%)

Cargo	%
Alta dirección	2,7
Jefe de Servicio/Sección	11,8
Director/Coordinador CS	4,8
Jefe equipo/unidad	2,7
Médico adjunto/EAP	59,2
Médico residente	4,1
Otros	4,3
No contestan	10,4

La distribución dentro del país queda liderada por los que ejercen en la Comunidad de Madrid (uno de cada cinco encuestados), seguidos de la Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía. Los lugares con menos representación en la muestra son Castilla-La Mancha y País Vasco (*ver cuadro C*).

En los países con sistemas públicos de salud predominantes, los adjuntos y miembros de los equipos de Atención Primaria (EPA) constituyen una clara mayoría entre el colectivo médico. Y en



Los varones ocupan el 85 por ciento de los puestos de dirección.

España, más si cabe. De tal modo que casi un 60 por ciento de los encuestados son médicos adjuntos o asimilados, y un 22 por ciento ostentan cargos de dirección, la mitad de ellos jefe de Servicio o de Sección (*ver cuadro D*).

Por especialidades, la de Medicina Familiar y Comunitaria es, junto con Pediatría, con mucha diferencia, la más ejercida, con un porcentaje superior al 47 por ciento. Le siguen Traumatología (7 por ciento), Alergología (5 por ciento) y Reumatología, que representa el 5,4 del total de encuestados (*ver cuadro E*).

F. Casi la mitad, de AP (%)

Medicina de Familia/Pediatría	47,6
Traumatología	7,1
Alergología	5,2
Reumatología	4,5
Dermatología	3,7
Endocrinología	3,7
Neurología	3,3
Medicina Interna	3,0
Oftalmología	2,2
Otras	19,7

En todas las profesiones y actividades la experiencia es un grado. También en Medicina. En el *cuadro F* se observa cómo, sustancialmente, los años de ejercicio profesional que llevan los encuestados se corresponde con el periodo de la carrera o año de licenciatura. Así, los más ve-

teranos, aquellos que superan los 29 años de ejercicio profesional, se corresponden con los que se licenciaron a partir de 1976. De éstos, los hombres más que triplican a las mujeres. Sin embargo, las médicas con menos años de ejercicio duplican a los hombres, y también son muy superiores porcentualmente hasta los 19 años de experiencia.

Los datos anteriores se explican en que la mujer se incorporó a los estudios y práctica de la Medicina más tarde que el hombre. Pero, como en otras profesiones, las mujeres se van imponiendo en número a los hombres. También, como la encuesta de MEDICAL ECONOMICS revela, en precariedad de empleo y con ingresos, en general, menores que los de los hombres.

Esa incorporación posterior y resquicios de machismo, a pesar de la Ley de Igualdad, motiva que en cargos gerenciales y de gestión, las médicas los desempeñen en una proporción inferior a la de los hombres. Sin embargo, intervienen más en tareas de investigación y en aquellas especialidades que no son quirúrgicas ni precisan de guardias, como Alergología, Dermatología y Reumatología. ■

G. Ellos son más veteranos (%)

La experiencia

Años ejercicio	Varón	Mujer	Total
Hasta 9	9,2	19,7	12,6
De 10 a 19	19,5	27,9	22,1
De 20 a 29	47,0	44,2	46,1
Más de 29	23,2	7,0	18,1
No contestan	1,1	1,2	1,1

La licenciatura

Período	Varón	Mujer	Total
	23,24	5,81	17,71
1977-1986	45,41	48,84	46,50
1987-1996	23,24	27,91	24,72
1997-2006	7,03	16,28	9,96
No contestan	1,08	1,16	1,11

"Para ser pioneros en un mercado, no basta solo con identificarlo, si lo que quieres es mantenerte en él y triunfar, deberás tener una visión más abierta, innovar e invertir"

cogesa
Consultoría y gestión sanitaria

Orense, Galicia. Tel. 988 510 040
Madrid. Tel. 916 887 274
www.cogesa.es

Cogesa es una empresa gallega con más de 15 años en el mercado, especializada en Consultoría, Gestión y Logística a nivel nacional, que tiene como cometido divulgar e implantar procesos y/o sistemas dirigidos a mejorar la calidad en la gestión y organización de los Servicios tanto Sanitarios como Generales.

En la actualidad, el avance de la gestión, tiene como resultado la expansión empresarial en el extranjero.

La eficiencia, es un elemento clave en la Gestión, ya sea para obtener los resultados más eficaces al menor coste, así como elemento imprescindible para la sostenibilidad y avance del Sistema Sanitario.

Todo lo que se necesita para lograr el resultado que se pretende, Cogesa lo hace basándose en la búsqueda de objetivos y mejora de la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos, invirtiendo en I + D.

El lema de nuestra empresa es: *"No decimos nada que no se pueda escribir; y no escribimos nada que no se pueda demostrar"*.



SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL

En un mercado donde la demanda de soluciones integrales es cada vez mayor, Cogesa Logística concurre como operador logístico de referencia, con capacidad de gestión en cualquier cadena de producción de servicios.

Las exigencias cada vez mayores de los clientes, que requieren soluciones específicas en el campo del transporte especial de órganos vitales y hemoderivados, han generado que la empresa se especialice, manteniendo su afán de superación en constante innovación para satisfacer las necesidades de cada cliente e introducir un valor añadido a sus servicios.

Vehículos autorizados que incorporan "señales luminosas" (servicio único y exclusivo de Cogesa) para el transporte de productos sanitarios



Doctor, ¿podría usted echar un vistazo?

¿Nervioso por amigos o parientes que le piden consejo médico en fiestas o reuniones? Sus colegas le aportan los medios más eficaces para actuar.



Por Gail Garfinkel Weiss

En un episodio de la serie *Curb Your Enthusiasm*, comedia de la HBO ideada e interpretada por el creador de la mítica serie *Seinfeld*, Larry David, en una versión de lo más neurótica y egocéntrica de sí mismo, se establece la siguiente situación:

Larry: Siento molestarle doctor, pero creo que tengo algo en la espalda y si me lo mirara podría ahorrarme una visita a un dermatólogo.

Doctor Wiggins: Lo siento; tengo un poco de prisa.

Larry: Bueno, es sólo un segundo... Estoy seguro que no es nada, y que puede decirme...

Doctor Wiggins: Puede pedir una cita y venir a la consulta. Estaré encantado en verle allí.

Larry: Si me dedicase solo un segundo. Es como mirar el reloj, realmente.

Doctor Wiggins: ¿Qué hace usted para vivir?

Larry: Soy escritor.

Doctor Wiggins: La próxima vez que usted tenga un hueco, ¿por qué no me escribe un montón de textos gratis?

¿Le suena familiar? Probablemente no exista un médico que no haya sido abordado en un establecimiento no médico y que haya sido solicitado para un problema médico o para tranquilizar a alguien

que dispone de un médico, de una medicación, o un tratamiento de primera línea.

A diferencia de la ficción, la mayoría de los médicos son capaces de tratar esas situaciones sin perder la educación. Pero cuando los pacientes —o casi extraños— son tan molestos o tenaces como Larry, no es fácil.

En una ciudad pequeña, los médicos tienen más posibilidades de ser abordados. Tammi L. Schlichtemeier, un pediatra de Coppell, Texas, fue abordado por un padre en cinco pasillos de un mismo supermercado; aunque también los médicos de la gran ciudad se enfrentan a personas que intentan obstinadamente la búsqueda de consejo médico.

Interrumpido en mitad de un golpe en un partido de golf, por alguien que quería saber qué hacer con un dolor de riñones, Joanne Halbrecht, un cirujano ortopédico en Boulder, trató de disuadir de forma simpática al autor de la pregunta con el conocido: “Tome dos aspirinas y me llama por la mañana”. Al seguir insistiendo, finalmente le convenció para pedir una cita.

Patricia Roy, médico de familia de Muskegon, se encontraba en una fiesta cuando un hombre al que no conocía, le solicitó una evaluación de una erupción que presentaba su hija de cuatro años. “Le dije que debería consultar a su médico, y se marchó”, dice Roy. “Cuando él me siguió, arrastrando a la niña por el brazo, mi marido intervino y dijo: ‘Peter, esto no es apropiado’. Sin inmutarse, siguió con un ‘Oiga, podría mirarla? ¿Realmente tengo que llevarla al médico? ¿Qué me va a decir?’”

La mayoría de las personas que solicitan consejo médico de manera informal, sin embargo, son bastante reticentes y amables por lo que es difícil convencerlas sin sentirse como un cascarrabias. “Usted quiere ser útil”, dice Jeffrey Schultz, médico de familia de Baltimore. “Pero éste es un campo de minas. Las personas que preguntan a menudo tienen problemas complicados, y la calle no es el lugar apropiado para obtener la información que se necesita y dar una respuesta”.

Además de la reducción de su valioso tiempo libre, aquellos que le abordan con solicitudes de consejo médico son, como el “Doctor Wiggins” señaló, personas que

lo hacen solicitando de forma gratuita los servicios, algo que rara vez proporcionan otros profesionales. “Los abogados suelen negarse a prestar asesoramiento sin ser pagados, al igual que los asesores en materia de inversiones”, dice el abogado de Sandra ED McGraw, director general de The Health Care Group in Plymouth Meeting. “El asesoramiento es lo que venden. Por otra parte, si no tienen los hechos, el consejo podría ser defectuoso. “La capacidad de crear una respuesta que sea una “no-respuesta” puede ser su mejor defensa frente a tener que ofrecer sus servicios fuera de horario o rozando la ilegalidad.

Lo que usted puede hacer en situación de riesgo

Hace muchos años, cuando era, como ella dice, “demasiado joven y entusiasta”, Rahma Mustapha M., especializada en medicina física y rehabilitación en Valatie, New York, estaba en una fiesta cuando un amigo (que resultó ser abogado) comenzó a hablar de su dolor en el cuello. “Aunque yo nunca lo había visto como paciente, me contó su caso y me pidió que lo examinara y yo lo hice, con él totalmente vestido. Dice Mustapha: “No lo haría nunca más”.

Lee J. Dunn, un abogado de Boston, espera que Mustapha mantenga su promesa. “Ésta es una de las áreas en las que el sentido común juega una parte importante”, dice Dunn. “Si se trata de alguien que usted conoce socialmente, pero no médicamente, usted puede decir, “Eso parece X, pero debería consultar a su médico para estar seguro”. “Si el consejo es más específico, puede que inadvertidamente establezca una relación médico-paciente, lo que podría hacerle a usted responsable si el asesoramiento resulta ser equivocado.

La ley varía en cuanto a cuándo se establece y cuándo se inicia la responsabilidad en una relación médico-paciente. En algunas zonas de Estados Unidos, el punto de inflexión se produce cuando un médico se compromete a tratar a un paciente para un problema concreto, de modo que un simple “Lláme a mi consulta para una cita”, podría ser suficiente. Pero hay lugares donde usted tiene que iniciar un tratamiento.

Un abogado de asistencia sanitaria o de la sociedad de su seguro médico puede aconsejarle sobre las normas de su zona.

Puntos clave

- » Dígame a los pacientes que solicitan consulta de forma externa, que deben llamar a su oficina.
- » Ofrecer asesoría específica a una persona que no es su paciente, no puede establecer una inadvertida relación médico-paciente.
- » Usted podría incurrir en infracciones jurídicas al proporcionar asesoramiento médico sin el respaldo de un examen físico o de historiales médicos.
- » Asegúrese de documentar tanto la consulta del paciente como su respuesta cuando se da fuera de la consulta.

No importa dónde usted viva, proporcionar asesoramiento vivo de manera informal puede llegar a tener repercusiones legales. Cuando Tammi Schlichtemeier estuvo en una comisión hospitalaria, una de sus tareas era examinar las demandas a médicos y la razón por la que se les demandó. Un médico informó de que había hablado con un vecino acerca de una picadura de insectos que le produjo una celulitis, que requirió de una intervención quirúrgica. El vecino le demandó por no recomendar antibióticos, aunque no había signos de infección cuando el médico vio al vecino en su jardín.

«La documentación es especialmente importante si usted ofrece un asesoramiento informal a los pacientes con quienes, indiscutiblemente, tiene una relación médico-paciente»



Jeffrey Schultz, MD

Maureen Mondor, vicepresidente del área de gestión de riesgos con sede en Boston de la compañía de seguros Grupo Pro-Mutual, relata un caso en el que un niño de 15 años fue golpeado en la cara en un entrenamiento de *softball*, y que presentaba un ojo amoratado y un gran chichazón en la frente. El padre de otro miembro del equipo, un dermatólogo, estudió las lesiones y aseguró a los padres del niño que éstas se curarían sin tratamiento. Cuando, un mes más tarde, resultó que el niño necesitó cirugía plástica, la familia del muchacho envió una carta al dermatólogo, para reclamar el pago de la cirugía.

Su contenido: Debido a que el dermatólogo dijo: “no se preocupe por ello” en la evaluación, la familia no sopesó la necesidad de tratamiento.

El dermatólogo no tuvo que pagar, pero el incidente se señaló en los registros de la compañía de seguros. Entre los problemas del dermatólogo, está la falta de documentación, por ejemplo, ya que él nunca plasmó el razonamiento utilizado para llegar a su conclusión. Éste es un problema común cuando se da asesoramiento de ma-

nera informal y una de las razones fundamentales por las que los gestores de riesgos y abogados asesoran a los médicos en el sentido de realizar siempre ese tipo de afirmaciones sin caer en los detalles si no se dispone de datos suficientes.

La documentación es especialmente importante si usted ofrece un asesoramiento informal a los pacientes con quienes, indiscutiblemente, tiene una relación médico-paciente. “En una situación social, es difícil recordar la naturaleza exacta de la consulta de un paciente, porque usted no está tomando notas, no tiene el historial, y no puede dedicarle toda la atención que esa persona necesitaría”, dice Betsy Nicoletti, presidente de Medical Practice Consulting en Springfield, VT. “Esos encuentros no están documentados de forma tan fiable como las visitas en la consulta, o incluso llamadas telefónicas, pero se debe incluir la información al tratar a los pacientes porque la puede necesitar en algún momento”.

Aférrese a lo general y evite detalles específicos

En una situación fuera de la consulta, se hacen necesarias las cuestiones relacionadas con el tacto, la paciencia y una cuidadosa selección de las palabras. Lo que sugieren los abogados es lo siguiente:

> “Por favor, llame a mi consulta”, si la pregunta es de un paciente.

> “Sugiero que llame a su médico”, si se trata de alguien que no es paciente suyo y le solicita una opinión médica.

Kenneth L. Saul, pediatra en Thousand Oaks, CA, no tiene problemas en ir un poco más lejos. Él responderá a preguntas generales como: “¿Qué piensa usted de Gardasil?” Pero elude preguntas como: “Mi hija tiene dolor de estómago todos los días, y su pediatra piensa que es sólo el estrés. ¿Está usted de acuerdo?”

¿Su respuesta? “Yo digo que su médico le ha examinado y tiene toda la historia de la paciente”. Y aunque Saúl admite que a veces recibe a regañadientes un debate acerca de las opciones de tratamiento, sí se cuida de no criticar al otro médico. “Si se entra demasiado en detalles, yo ya termino por decir que no les perjudica obtener una segunda opinión”, señala, “pero no me presto como voluntario para hacer la segunda opinión”.

Si está dispuesto a ofrecer asesoramiento general, quédese dentro de su área de especialización. Frank J. Weinstock piensa que no es educado negarse a hablar con amigos y conocidos acerca de temas médicos.

The Canton, OH, oftalmólogo que responderá a preguntas sobre sus ojos con una observación general, sugiere que el autor de la pregunta llame a su médico (o llame a su consulta, si es que se trata de su paciente). Si Weinstock piensa que la situación podría ser motivo de cierta preocupación, instará a que su cita sea lo antes posible.

“Así como es importante alejarse de un diagnóstico específico sin disponer de una historia clínica y un examen, no deberíamos rechazar las preguntas con un taciturno, ‘No haga caso de eso. No es grave’, advierte Weinstock. “Una pregunta menor podría ser importante para el proceso de la enfermedad cuando se evalúe correctamente en la consulta. Muchas personas necesitan un pequeño empujón para llamar a su médico”.

¿Y qué decir de los pacientes que no están dispuestos a realizar un seguimiento, incluso cuando pueda pensar que es urgente intervenir?

Hace varios años, un hombre saludó con el brazo delante de Blowing Rock, médico de familia Charles Davant III y dijo: “Susan me quiere despegar de esta mole. ¿Qué piensa usted?”

Davant respondió: “Es bastante sospechoso. Querría echarle un vistazo”. El hombre hizo caso omiso de ese consejo, aunque fue presionado por Davant cuando se encontró con él en dos ocasiones más. “Su esposa finalmente lo arrastró hasta mi consulta, donde le extirpé 5 mm de un melanoma.

Para entonces había metástasis en su cerebro, y murió en poco menos de un año”, recuerda Davant. “Yo siempre sugiero ahora que las personas con problemas médicos me vean a mí o a su médico pronto. ‘No te preocupes por eso’ no suele formar parte de mi vocabulario”.

¿Cómo se dice “no” a los pacientes sin herir sus sentimientos? Patricia Roy propone un modo creado por ella misma. “Dios mío”, dirá, “Tengo una memoria terrible y enormes listados. Voy a buscar en el horario de mañana, y luego uno de los

miembros de mi equipo se pondrá en contacto con usted”.

La “consulta en la calle” como experiencia de aprendizaje

El internista Alan Roberts, reconoce que los encuentros casuales “son peligrosos porque la mayoría de las veces la información es escasa”, no obstante, dice que puede ser una ventaja.

“Un paciente puede tener algo importante que le diga que le falta capacidad para el ejercicio, por ejemplo”, señala, “pero sólo se sienten cómodos para mencionarlo fuera de la consulta”.

Roberts, un profesor de Medicina en el Colegio Médico de Georgia en Augusta, relata un incidente en el que un paciente había tenido un melanoma maligno que había sido eliminado. Lo llamó para decirle que su tía había muerto de cáncer de páncreas y que había oído que las personas con la mutación genética de melanoma maligno pueden tener un mayor riesgo de cáncer de páncreas. “Yo no había oído hablar de la conexión. Pero su comentario me impulsó a hacer un estudio que confirmó su comentario y me llevó a aprender y a tener la oportunidad de examinar las pruebas genéticas con este paciente”. Como todas las cosas, “la consulta en la calle” tiene su lado positivo.

Una tarde, un hombre llegó corriendo hasta Poplar Bluff, al urólogo Sivaprasad Madduri, en el supermercado. “Eh, doctor”, gritó sofocado: “Usted me dijo que la crema de cacahuete es buena para la próstata, pero, ¿cómo me la tengo que poner en la próstata?”.

Y si usted piensa que puede desalentar a los preguntones con la observación: “Quítese la ropa y le echaremos un vistazo”, piénselo de nuevo. Charles Davant III, que se ha comportado así alguna vez, asegura que “me he encontrado con más de una mujer que se ha alzado la falda lo suficiente como para que todos la vieran”.

Después de la enésima consulta en cócteles, Davant se quejó a su hijo, un abogado. “Simplemente envíales una factura por su consulta”, dijo. “Gracias por la ayuda”, respondió Davant. Nada más cierto; a los pocos días recibió una factura de su hijo por el “asesoramiento jurídico” prestado. Y Davant pensó: “Yo debería haber ido a la Facultad de Derecho”. ■

Inversiones

Los contratos por diferencias



Natalia Aguirre Vergara*

» Los CFDs tributan del mismo modo que las acciones, es decir, al 18 por ciento independientemente del plazo de la plusvalía y sin retención a cuenta.

» Los CFDs fueron creados por los "hedge funds" para facilitar el acceso a la negociación de acciones con apalancamiento. En España se trata de un producto novedoso y prácticamente desconocido para el inversor.

Los contratos por diferencias (CFDs) son la forma más sencilla de comprar y vender a crédito, al permitir a los inversores participar en el movimiento de precios sin necesidad de contar con la propiedad de la acción subyacente. Se trata de un contrato entre el inversor y la entidad financiera por el cual ambas partes acuerdan intercambiar la diferencia entre el precio de compra y el precio de venta de un activo financiero (una acción o un índice bursátil). La entidad financiera adquiere los títulos y financia al inversor, por lo que éste tan sólo debe desembolsar un porcentaje de la inversión total. Cuando el inversor desee cerrar su posición, obtiene como beneficio o pérdida la diferencia entre el precio de compra y el de venta, del mismo modo que si hubiese adquirido las acciones en el mercado secundario y posteriormente las hubiese vendido.

Los CFDs fueron creados por los "hedge funds" (fondos de inversión libre que emplean su patrimonio en productos tolerantes al riesgo, normalmente vetados a los fondos de inversión tradicionales), para facilitar el acceso a la negociación de acciones con apalancamiento. En España se trata de un producto novedoso y prácticamente desconocido para el inversor minorista. Sin embargo, su uso se ha generalizado en diversos países europeos. Por ejemplo, en Reino Unido suponen en la actualidad aproximadamente el 35 por ciento del volumen de contratación de la Bolsa de Londres, y el 20 por ciento de las transacciones con CFDs son llevadas a cabo por inversores minoristas.

Como principales características de los CFDs, cabe destacar que poseen un alto grado de transparencia (dado que la cotización del CFD es idéntica a la cotización de la propia acción, y con la misma profundidad de mercado, se trata de un producto total-

mente transparente), liquidez (en los CFDs sobre acciones, la liquidez es equivalente a la del mercado de las propias acciones, mientras que en posiciones cortas, la liquidez será equivalente a la liquidez del mercado de crédito a mercado sobre los títulos) y sencillez (para replicar el comportamiento de 100 acciones de Telefónica se comprarían 100 CFDs sobre Telefónica, sin multiplicador).

Los CFDs no tienen vencimiento, será el inversor el que lo establezca. Ésta es una de las principales ventajas de los CFDs con respecto al resto de contratos de futuros. Por ello, el inversor se beneficiará al evitarse los costes de "roll over" (cambio de vencimiento) para mantener la posición al vencimiento del contrato. Además, el precio del CFD será siempre equivalente al precio del activo subyacente, sin verse afectado por el cálculo del valor a vencimiento o las estimaciones de dividendos.

Por otra parte, y como producto derivado, el CFD lleva implícito un apalancamiento, ya que el inversor no tendrá que desembolsar la cantidad total sobre la cual está invirtiendo, sino una parte del montante que denominamos garantías. Este apalancamiento se traduce en un efecto multiplicador de las pérdidas y las ganancias, que nos va a permitir operar con menos capital del necesario para realizar la misma operación en Bolsa, por lo que en caso de obtener beneficios será exponencialmente con respecto a la inversión inicial (frente a compra/venta de acciones). Como contrapartida, este apalancamiento supone la necesidad de un mayor seguimiento del mercado, ya que puede incurrir en mayores pérdidas que la inversión en garantías realizada inicialmente. En cuanto al tratamiento fiscal, los CFDs tributan del mismo modo que las acciones, es decir, al 18 por ciento independientemente del plazo de la plusvalía y sin retención a cuenta. ■

*Economista, directora de Análisis y Estrategia de Renta 4 Sociedad de Valores, S.A.
Para contactar: analisis@renta4.es.

Valores del mes

Velocidad de crecimiento

En esta sección proponemos, cada mes, dos valores que representen una oportunidad de inversión. La selección se efectúa por medio de un análisis económico de diversas variables financieras (flujo de caja libre generado, nivel de deuda, niveles de rentabilidad y solvencia empresarial), que determinan el valor de la empresa. Los títulos propuestos tendrán un precio implícito mayor que el cotizado en los mercados.

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Gamesa es la segunda mayor fabricante de aerogeneradores y una de las principales vendedoras de parques eólicos del mundo. Su principal división es la fabricación de generadores (85 por ciento del total de ingresos y del beneficio operativo bruto), mientras los parques eólicos generan el 11 por ciento). La mayor conciencia ecológica social y la necesidad de encontrar energías sustitutivas a los derivados del petróleo están provocando el auge de la demanda de las energías renovables. Su destacado posicionamiento a nivel mundial, buena posición estratégica geográfica (consolidación en Europa, puesta en marcha y mejoras de producción previstas en las fábricas abiertas en los dos mercados de mayor

crecimiento del sector, EEUU y China, y entrada en países emergentes) y ventaja competitiva frente a sus rivales, nos lleva a pensar que será una de las compañías que más se aproveche del buen entorno de crecimiento del sector eólico.

Cintra explora 2.841 kilómetros de 21 autopistas situadas en 6 países (España, Canadá, EEUU, Chile, Portugal, Irlanda y Grecia). Además, los nuevos proyectos comprenden inversiones en Irlanda, Grecia y Texas principalmente. Ofrece una interesante inversión en un sector defensivo, con ingresos predecibles y recurrentes. Aunque cotiza con *ratios* superiores a la media del sector, ofrece también un perfil de mayor crecimiento.

Los elegidos

Gamesa

Presentó unos buenos resultados de 2007, superando estimaciones en todas las magnitudes y adelantándose un año al cumplimiento del plan estratégico 2006-08. Asimismo, vemos muy positivo el avance en capacidad de producción (hasta 3.600 mw), que mantendrá durante 2008, y la gran visibilidad de ingresos (8.000 mw comprometidos con clientes estratégicos en la división de aerogeneradores y 2.160 mw comprometidos en parques eólicos). Tras la publicación de resultados, ha mantenido e incluso mejorado sus objetivos estratégicos de cara a 2008. Cotiza a múltiplos elevados, que, no obstante, estarían justificados por las favorables perspectivas de crecimiento del mercado eólico para los próximos años.

Cintra

Sus resultados en el 2007 han sido positivos, manteniendo un elevado ritmo de

crecimiento, de doble dígito, y mejoras de eficiencia operativa, con un margen operativo del 67,7 por ciento, en línea con el sector a pesar de la juventud de la mayoría de sus concesiones.

La compañía ha publicado la valoración de sus concesiones y el valor neto de sus activos se eleva a 17 euros por acción (frente a los 13,26 euros/acción a cierre de junio 2007). ■

Concepto	Gamesa	Cintra
Ticker	GAM	CIN
PER 2008	23,9	n.r.
Rentab. dividendo (%)	1,0	1,1
Precio actual	31,25	9,79
Precio objetivo	32,0	13,6

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 25/4/08

Internet y medicina

Identificación de pacientes por radiofrecuencia



Marcial García Rojo*

En la comunicación de datos en salud no sólo juegan un papel preponderante las redes extensas de comunicaciones como Internet, sino que también son cada vez más importantes los dispositivos móviles y la comunicación entre objetos cercanos.

La radiofrecuencia (RFID) es una tecnología ampliamente utilizada en la comunicación de objetos situados a corta distancia. Existen diversos grupos españoles e internacionales trabajando en la aplicación práctica de técnicas de radiofrecuencia para la identificación segura de pacientes, muestras de laboratorio, tejidos, fármacos, envases y todo tipo de objetos o dispositivos.

Las tecnologías basadas en RFID requieren de un lector, una antena y una etiqueta.

Algunos estudios se centran en reducir el tamaño de la etiqueta que es necesario colocar en la persona u objeto a identificar. De esta forma, las etiquetas de onda acústica superficial (SAW) permiten reducir significativamente el tamaño de las etiquetas, al no disponer de circuitos integrados y no precisar de alimentación eléctrica continua. Los sistemas RFID SAW son especialmente útiles en superficies metálicas y líquidos. Su rango de lectura que pueden alcanzar los 30 metros.

La tecnología RFID es ampliamente utilizada en la industria de fabricación de automóviles, pues aporta mayor precisión en la cadena de producción. Son muchas las aplicaciones teóricas para RFID, entre las que clásicamente se menciona el control de la caducidad de medicamentos, basándose en experiencias similares llevadas a cabo en el control de caducidad de alimentos. Otras aplicaciones son el control de ubicación de objetos de especial valor o significado, que permite localizar desde ordenadores o sillas de ruedas hasta instrumental quirúrgico sometido a esterilización.

Recientemente, LogySalud, el “hospital del futuro” en Bogotá (Colombia), ha comenzado a usar tecnologías de RFID basada en estándares llamados “código de producto electrónico” (EPC) en la identificación de pacientes para atención inicial y hospitalización, carros para medicamentos inteligentes, control de suministro de medicamentos en farmacia, servicios de hospitalización (evolución del paciente), reabastecimiento de medicamentos en plantas de hospitalización, identificación de activos, identificación de personal y control de desplazamiento de visitantes.

La Universidad de Castilla-La Mancha ha realizado ensayos con la tecnología de comunicación con campos próximos (NFC) para su posible utilización en enfermería. NFC es una tecnología intermedia entre RFID y tecnologías de interconexión. Esta solución ofrece una gran movilidad en los lectores, que pueden ser teléfonos móviles. Además, las etiquetas pueden almacenar una cantidad significativa de datos de salud del paciente.

La puesta en marcha de sistemas de trazabilidad y de identificación de pacientes basados en RFID conlleva ciertos cambios en la organización y en la actitud de los trabajadores. La adecuada formación del equipo de profesionales y el diseño de un modelo organizativo sencillo son clave para un uso eficaz de estas nuevas tecnologías.

Levine y Cols (2007) han revisado las ventajas e inconvenientes del uso de RFID en sanidad, incluyendo los aspectos éticos y legales, como la implantación en pacientes de etiquetas subcutáneas con información de salud. El artículo está disponible gratuitamente en PubMed Central (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18044979>). ■

» La Universidad de Castilla-La Mancha ha realizado ensayos con la tecnología de comunicación con campos próximos (NFC) para su posible utilización en enfermería.

» La puesta en marcha de sistemas de trazabilidad y de identificación de pacientes basados en RFID conlleva ciertos cambios en la organización y en la actitud de los trabajadores.

*Especialista de Anatomía Patológica. Coordinador de Sistemas de Información del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. Para contactar: marcial@cim.es

En ARA II, UN PASO MÁS



ONTARGET[®], el único estudio de morbimortalidad cardiovascular realizado con un ARA II, con más de **30.000 pacientes** y de mayor duración⁽¹⁾

El único ARA II con **efectos metabólicos adicionales**⁽²⁾

 **PRITOR[®]**
Telmisartan
EL ARA II CARDIOMETABÓLICO



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

El esponsor de ONTARGET es Boehringer Ingelheim. El coesponsor en algunos países es Bayer Schering Pharma.

Unidad familiar y deducciones

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Programa PADRE

¿Está ya disponible el programa PADRE para hacer la declaración de la renta?

El plazo para presentar la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) va, como casi todos los años, del 2 de mayo al 30 de junio. Y la Agencia Tributaria ha puesto a disposición de los contribuyentes en su página *web* (www.aeat.es) el programa de ayuda para la declaración de la renta del ejercicio 2007 (programa P.A.D.R.E.), que facilita enormemente al confección de la declaración para aquellas personas que tengan obligación de presentarla.

Tipos de unidad familiar

¿Cuántos tipos de unidad familiar existen a efectos de la declaración de la renta?

En el IRPF existen dos tipos de unidad familiar: la unidad familiar biparental o modalidad 1ª, integrada por los cónyuges no separados legalmente y por los hijos menores, con excepción de los que, con el consentimiento de los padres, vivan independientemente de éstos, así como por los hijos mayores de edad incapacitados judicialmente sujetos a patria potestad prorrogada o rehabilitada; y la unidad familiar monoparental, modalidad 2ª, formada por el padre o la madre y la totalidad de los hijos que convivan con uno u otra y reúnan los requisitos señalados para los hijos de la unidad biparental. Sólo aquellos contribuyentes que formen parte de una unidad familiar podrán optar por presentar declaración conjunta. La presentación de declaración individual por uno de los miembros de la unidad familiar obliga a los demás a presentar también declaración individual.

Mínimo personal y familiar

¿Qué es y a cuánto asciende el mínimo personal del contribuyente y la cuantía del mínimo familiar?

La adecuación del IRPF a las circunstancias personales del contribuyente se concreta en el mínimo personal y familiar, cuya función consiste en cuantificar aquella parte de la renta que, por destinarse a satisfacer las ne-

cesidades básicas personales y familiares del contribuyente, no se somete a tributación por el IRPF.

El mínimo personal del contribuyente está establecido en 5.050 euros anuales, con independencia del régimen de tributación elegido, declaración individual o conjunta. Si el contribuyente tiene una edad superior a 65 años a 31 de diciembre de 2007 este mínimo se aumenta en 900 euros anuales, y en 1.100 euros si supera los 75 años.

La cuantía del mínimo familiar varía dependiendo del número de descendientes del contribuyente y de los ascendientes que convivan con él, y en el caso de que alguno de ellos sea discapacitado, de su grado de minusvalía. Hay que tener en cuenta que no todo descendiente o ascendiente que conviva con el contribuyente va a dar derecho a la aplicación de los mínimos familiares.

Mínimo por ascendiente y descendiente

¿Cuándo se aplica el mínimo por descendiente y ascendiente y cuál es su importe?

Para que un hijo dé derecho a la aplicación del mínimo por descendiente es necesario que, además de la convivencia con el declarante, sea menor de 25 años o tenga una minusvalía superior al 33 por ciento, no haya obtenido rentas superiores a 8.000 euros anuales y no haya presentado declaración del IRPF con rentas superiores a 1.800 euros. Si los descendientes reúnen todos estos requisitos los mínimos aplicables son los siguientes: 1.800 euros anuales por el primer hijo; 2.000 euros anuales por el segundo; 3.600 euros anuales por el tercero; 4.100 euros anuales por el cuarto y siguientes. Si alguno de los descendientes hubiera fallecido habiendo generado el derecho a practicar el mínimo familiar, la cuantía aplicable en relación con ese descendiente es de 1.800 euros. Cuando el descendiente sea menor de tres años, el mínimo que corresponda se incrementa en 2.200 euros anuales. Para la aplicación del mínimo por ascendiente sólo deben relacionarse en la declaración aquéllos cuya edad supere los 65

>> La cuantía del mínimo familiar varía dependiendo del número de descendientes del contribuyente y de los ascendientes que convivan con él, y en el caso de que alguno de ellos sea discapacitado, de su grado de minusvalía.

>> Si alguno de los descendientes hubiera fallecido habiendo generado el derecho a practicar el mínimo familiar, la cuantía aplicable en relación con ese descendiente es de 1.800 euros.

años a 31 de diciembre de 2007, no hayan obtenido rentas superiores a 8.000 euros anuales y no presenten declaración con rentas superiores a 1.800 euros.

Discapacidad

¿Y en el caso de padecer alguna discapacidad física o mental?

Si el contribuyente, sus descendientes o sus ascendientes que convivan con él tienen alguna discapacidad o minusvalía igual o superior al 33 por ciento e inferior al 65 por ciento, el declarante puede aumentar su mínimo familiar en 2.270 euros. Si el grado de minusvalía supera los porcentajes mencionados el mínimo por este concepto asciende a 6.900 euros.

Cuando se acredite necesitar ayuda de terceras personas o movilidad reducida, o un grado de minusvalía igual o superior al 65 por ciento, este mínimo se incrementará en 2.270 euros anuales. Por ejemplo, un contribuyente que convive con un hijo de 2 años y su padre de 76 años que tiene una minusvalía del 66 por ciento, su mínimo personal y familiar asciende a 15.100 euros.

Reducciones según edad

¿Qué reducciones aplicables dependen de la edad del contribuyente?

Por ejemplo, el límite de la reducción por las aportaciones realizadas a sistemas de previsión social. Si el contribuyente es mayor de 50 años el límite de la deducción fiscal aplicable es el menor de los dos siguientes: 12.000 euros y el importe resultante de aplicar el 50 por ciento a los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas. Si el contribuyente no alcanza dicha edad, el límite absoluto es de 10.000 euros y el relativo es del 30 por ciento.

También depende de la edad del contribuyente el importe de la reducción por obtención de rendimientos del trabajo, que se incrementa en un 100 por cien si el declarante o el cónyuge son trabajadores activos mayores de 65 años y continúan su actividad laboral.

Deducciones

¿Y en el caso de las deducciones?

El incluir los datos personales del contribuyente en la declaración del impuesto, y concretamente los de los descendientes, también sirve para admitir la aplicación de la de-

ducción por maternidad, a la que tienen derecho las mujeres con hijos menores de tres años que puedan aplicar el mínimo por descendientes comentado, y que, además, realicen una actividad por cuenta propia o ajena y estén dadas de alta en la Seguridad Social o mutualidad correspondiente. En caso de fallecimiento de la madre el beneficiario de esta deducción es el padre o tutor.

En el supuesto de que el menor de tres años esté en régimen de tutela o acogimiento, y existan varios contribuyentes con derecho a la deducción por maternidad respecto del mismo tutelado o acogido, su importe debe repartirse entre ellos por partes iguales.

Deducciones por nacimientos

¿Cuándo se aplica la deducción por hijos adoptados y cuál es su importe? ¿Y si el hijo se ha tenido o adoptado a partir del 1 de julio de 2007?

El importe de la deducción por cada hijo que otorgue derecho a la misma es de 100 euros por cada mes del período impositivo en que concurren de forma simultánea los requisitos anteriormente comentados, y no puede superar 1.200 euros anuales ni el importe de las cotizaciones y cuotas totales a la Seguridad Social y mutualidades devengadas en cada período impositivo posterior al nacimiento, adopción o acogimiento. Además, junto con esta deducción por maternidad, las madres que hayan tenido hijos cuyos nacimientos se hayan producido a partir del día 1 de julio de 2007, o hayan adoptado a partir de dicha fecha, pueden beneficiarse de la deducción por nacimiento o adopción. Para la aplicación de dicha deducción es necesario que las madres hayan residido de forma legal, efectiva y continuada en territorio español durante al menos los dos años inmediatamente anteriores al hecho del nacimiento o adopción y que en el momento del nacimiento o la adopción, o bien realicen una actividad por cuenta propia o ajena por la cual estén dadas de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o mutualidad, o bien que en el 2006 hubieran obtenido rendimientos o ganancias de patrimonio sujetos a retención o ingreso a cuenta o rendimientos de actividades económicas por los que se hubieran efectuado los correspondientes pagos fraccionados. ■

* Socio fundador del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de María Martínez.

Para contactar: info@alescab.es

Pritor® 80 mg

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Pritor 20 mg comprimidos. Pritor 40 mg comprimidos. Pritor 80 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Pritor 20 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 20 mg de telmisartán. Pritor 40 mg comprimidos: cada comprimido contiene 40 mg de telmisartán. Pritor 80 mg comprimidos: cada comprimido contiene 80 mg de telmisartán. Excipientes: povidona, meglumina, hidróxido sódico, sorbitol y estearato de magnesio. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos. **PRITOR 20 mg** Comprimidos blancos, redondos con el código 50H grabado. **PRITOR 40 mg** Comprimidos blancos, oblongos con el código GXEG1 grabado. **PRITOR 80 mg** Comprimidos blancos, oblongos con el código GXEF7 grabado. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento de la hipertensión esencial. **4.2. Posología y forma de administración:** *Adultos:* La dosis generalmente eficaz es de 40 mg una vez al día. Algunos pacientes pueden experimentar ya un beneficio con una dosis diaria de 20 mg. En aquellos casos en que no se consigue alcanzar la presión arterial deseada, puede aumentarse la dosis de telmisartán hasta un máximo de 80 mg una vez al día. Alternativamente, puede administrarse el telmisartán en asociación con diuréticos tiazídicos, tales como hidroclorotiazida, que han demostrado ejercer un efecto hipotensor aditivo con telmisartán. Cuando se considere un aumento de la dosis, debe tenerse en cuenta que el efecto antihipertensivo máximo se alcanza, generalmente, a las cuatro-ocho semanas del inicio del tratamiento. **Insuficiencia renal:** No se precisa un ajuste de la posología en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada. Se dispone de una experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal grave o en hemodiálisis. En estos pacientes se recomienda una dosis inicial menor de 20 mg (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, la posología no debe superar los 40 mg diarios (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Anzianos:** No es necesario un ajuste de dosis. **Niños y adolescentes:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de Pritor en niños ni en adolescentes hasta los 18 años. **4.3. Contraindicaciones:** • Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. • Segundo y tercer trimestre del embarazo y lactancia (ver Embarazo y lactancia). • Trastornos obstructivos biliares. • Insuficiencia hepática grave. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Insuficiencia hepática:** Pritor no debe administrarse a pacientes con colestasis, trastornos obstructivos biliares o insuficiencia hepática grave (ver sección 4.3) ya que telmisartán se elimina principalmente con la bilis. Puede esperarse que estos pacientes presenten un aclaramiento hepático de telmisartán reducido. Pritor debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. **Hipertensión renovascular:** En pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis de la arteria de un único riñón funcional, tratados con medicamentos que afecten al sistema renina-angiotensina-aldosterona, existe un riesgo aumentado de hipotensión grave e insuficiencia renal. **Insuficiencia renal y trasplante renal:** Cuando se administra Pritor a pacientes con función renal insuficiente, es recomendable la monitorización periódica de los niveles séricos de potasio y creatinina. No se dispone de experiencia con respecto a la administración de Pritor en pacientes que han sufrido un trasplante renal reciente. **Hipovolemia intravascular:** En pacientes con depleción de volumen y/o sodio, ocasionada por un tratamiento intensivo con diuréticos, por una dieta restrictiva en sal, por diarreas o vómitos, puede producirse una hipotensión sintomática, especialmente después de la primera dosis. Estas situaciones deben ser corregidas antes de la administración de Pritor. La depleción de volumen y/o sodio debe corregirse antes de la administración de Pritor. **Otras situaciones con estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona:** En pacientes cuyo tono vascular y función renal dependen principalmente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), se ha asociado el tratamiento con fármacos que afectan a este sistema con hipotensión aguda, hiperazotemia, oliguria o, raramente, fallo renal agudo (ver sección 4.8). **Aldosteronismo primario:** Los pacientes con aldosteronismo primario no responden, generalmente, a los medicamentos antihipertensivos que actúan por inhibición del sistema renina-angiotensina. En consecuencia, no se recomienda el uso de telmisartán. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como sucede con otros vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. **Hipopotasemia:** El uso de medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona puede producir hipopotasemia. La hipopotasemia puede ser mortal en ancianos, pacientes con insuficiencia renal, diabéticos, en pacientes tratados de forma concomitante con otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio y/o en pacientes con otros episodios clínicos concurrentes. Debe evaluarse la relación beneficio riesgo cuando se valore la posibilidad de utilizar concomitantemente medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona. Los principales factores de riesgo a tener en cuenta en relación con la hipopotasemia son: *Diabetes mellitus, insuficiencia renal, edad (> 70 años); La combinación con uno o más medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona y/o suplementos de potasio.* Los medicamentos o grupos terapéuticos que pueden producir hipopotasemia son: sustitutos de la sal que contienen potasio, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores selectivos de la COX-2), heparina, inmunosupresores (ciclosporina o tacrolimus), trimetoprim; *Otros episodios clínicos concurrentes, en particular deshidratación, descompensación cardíaca aguda, acidosis metabólica, empeoramiento de la función renal, empeoramiento repentino de la enfermedad renal (por ejemplo, enfermedades infecciosas), lisis celular (por ejemplo isquemia aguda de las extremidades, rabdomiolisis, traumatismo intenso).* Se recomienda la estrecha monitorización de los niveles de potasio en suero en pacientes de riesgo (ver sección 4.5). **Sorbitol:** Una dosis diaria recomendada de Pritor 80 mg comprimidos contiene 338 mg de sorbitol. Los pacientes con problemas hereditarios de intolerancia a la fructosa no deben tomar Pritor. **Otras:** Al igual que sucede con los inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, telmisartán y otros antagonistas de la angiotensina son, aparentemente, menos eficaces en la disminución de la presión arterial en la población de raza negra que en las demás, posiblemente, por una mayor prevalencia de niveles bajos de renina entre la población hipertensa de raza negra. Como sucede con cualquier fármaco antihipertensivo, un descenso excesivo de la presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular isquémica, puede producir un infarto de miocardio o un ictus. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos. Los medicamentos o grupos terapéuticos que pueden producir hipopotasemia son: sustitutos de la sal que contienen potasio, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores selectivos de la COX-2), heparina, inmunosupresores (ciclosporina o tacrolimus), trimetoprim. La incidencia de hipopotasemia depende de los factores de riesgo asociados. El riesgo aumenta en caso de combinarse los tratamientos anteriormente mencionados. El riesgo es particularmente alto en combinación con los diuréticos ahorradores de potasio y al asociarse con sustitutos de la sal que contienen potasio, mientras que la combinación con inhibidores de la ECA o con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por ejemplo, conlleva menor riesgo siempre y cuando se sigan de forma estricta las precauciones de uso. **Uso concomitante no recomendado.** **Diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio:** Los antagonistas de la angiotensina II disminuyen la pérdida de potasio debida a los diuréticos. Los diuréticos ahorradores de potasio, como por ejemplo espironolactona, eplerenona, triamtereno o amilorida, los suplementos de potasio, o los sustitutos de la sal que contienen potasio pueden conducir a un aumento significativo de los niveles de potasio en suero. Si está indicado el uso concomitante debido a hipopotasemia documentada, deben utilizarse con precaución y debe monitorizarse con frecuencia el nivel de potasio en suero. **Litio:** Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones de litio en suero y de la toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, y raramente, con antagonistas de la angiotensina II. Si se

considera necesario el uso de esta combinación, se recomienda la estrecha monitorización de los niveles de litio en suero. **Uso concomitante que requiere precaución.** Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): El tratamiento con AINEs (es decir, ácido acetilsalicílico administrado en dosis propias de un tratamiento antiinflamatorio, inhibidores de la COX-2 y AINEs no selectivos) pueden reducir el efecto antihipertensivo de los antagonistas de la angiotensina II. En algunos pacientes con la función renal alterada (por ejemplo pacientes deshidratados o ancianos con la función renal alterada), la administración conjunta de antagonistas de la angiotensina II y agentes inhibidores de la ciclooxigenasa puede resultar en un mayor deterioro de la función renal, incluyendo posible fallo renal agudo, que normalmente es reversible. Por lo tanto, la combinación debe administrarse con precaución, especialmente en ancianos. Los pacientes deben ser hidratados de forma adecuada, y debe considerarse la monitorización de la función renal al inicio del tratamiento concomitante y de forma periódica a partir de entonces. **Diuréticos (tiazida o diuréticos del asa):** Los tratamientos anteriores con altas dosis de diuréticos pueden producir depleción de volumen y riesgo de hipotensión al iniciar tratamiento con telmisartán. **Uso concomitante a tener en cuenta.** **Otros agentes antihipertensivos:** El efecto hipotensor de telmisartán puede verse incrementado por el uso concomitante de otros medicamentos antihipertensivos. En base a sus propiedades farmacológicas es posible que los siguientes medicamentos potencien el efecto hipotensor de todos los antihipertensivos incluyendo telmisartán: baclofeno, amifostina. Además, la hipotensión ortostática puede agravarse por el alcohol, los barbitúricos, los narcóticos o los antiendopépticos. **Corticosteroides (administración sistémica):** Disminución del efecto hipotensor. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo (ver Contraindicaciones): No existen datos suficientes sobre la utilización de telmisartán en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efecto teratogénico pero han mostrado fetotoxicidad. Por lo tanto, como medida de precaución, preferiblemente, el telmisartán no debe utilizarse durante el primer trimestre del embarazo. Antes de planificar un embarazo, se debe realizar un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. En el segundo y tercer trimestre, los fármacos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden provocar lesiones e incluso la muerte del feto en desarrollo, por consiguiente, el telmisartán está contraindicado en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Si se diagnostica un embarazo, el telmisartán debe interrumpirse lo antes posible. **Lactancia (ver Contraindicaciones):** El telmisartán está contraindicado durante la lactancia, ya que se desconoce si se excreta en la leche humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, al conducir vehículos o manejar maquinaria, debe tenerse presente que con el tratamiento antihipertensivo pueden producirse, ocasionalmente, mareos o somnolencia. **4.8. Reacciones adversas:** La incidencia global de acontecimientos adversos descrita con telmisartán (41,4%) fue, por lo general, comparable a la del placebo (43,9%), en ensayos controlados con placebo. La incidencia de los acontecimientos adversos no estuvo relacionada con la dosis y no mostró correlación con el sexo, edad o raza de los pacientes. Las reacciones adversas detalladas a continuación han sido recogidas de todos los ensayos clínicos en los que se incluyeron 5.788 pacientes hipertensos tratados con telmisartán. Las reacciones adversas han sido ordenadas según frecuencias utilizando la siguiente clasificación: Muy frecuentes (3/10); frecuentes (3/100, <1/10); poco frecuentes (3/1.000, <1/100); raras (3/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000). Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Infecciones e infestaciones:** Frecuentes: síntomas de infección (p. ej. infección del tracto urinario, incluyendo cistitis), infección del tracto respiratorio superior incluyendo faringitis y sinusitis. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Ansiedad. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Alteración de la visión. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor abdominal, diarrea, dispepsia. Poco frecuentes: Sequedad de boca, flatulencia. Raros: Molestias de estómago. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Ecema. Poco frecuentes: Hiperhidrosis. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejidointermedio:** Frecuentes: Artralgia, dolor de espalda (p. ej. ciática), espasmos musculares o dolor de las extremidades, migraja. Poco frecuentes: Tendinitis. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Dolor torácico, enfermedad pseudogripal. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito casos de eritema, prurito, síncope, insomnio, depresión, vómitos, hipotensión (incluyendo hipotensión ortostática), bradicardia, taquicardia, función hepática anormal, trastorno hepático, insuficiencia renal incluyendo fallo renal agudo (ver sección 4.4), hipopotasemia, disnea, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia/ineficacia del fármaco. Se desconoce la frecuencia de estas reacciones adversas. Como con otros antagonistas de la angiotensina II se han descrito casos aislados de edema angioneurótico, urticaria y otros acontecimientos relacionados. **Datos de laboratorio:** Raramente, se ha observado una disminución de la hemoglobina o un aumento del ácido úrico en sangre, los cuales se producen con mayor frecuencia durante el tratamiento con telmisartán que con placebo. Durante el tratamiento con telmisartán se ha observado aumento de la creatinina o aumento de los enzimas hepáticos, pero estas alteraciones de los datos de laboratorio se produjeron con una frecuencia similar o menor que con el placebo. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito casos de aumento de creatina fosfoquinasa (CPK) en sangre. **4.9. Sobredosis:** No se han descrito casos de sobredosis. Las manifestaciones que con mayor probabilidad son de esperar de una sobredosis de telmisartán son hipotensión y taquicardia; también puede aparecer bradicardia. El telmisartán no se elimina por hemodiálisis. El paciente debe ser estrechamente monitorizado y el tratamiento debe ser sintomático y de soporte. El tratamiento depende del tiempo transcurrido desde la ingestión y de la gravedad de los síntomas. Entre las medidas sugeridas se incluye la inducción del vómito y/o lavado gástrico. El carbón activado puede ser útil en el tratamiento de la sobredosis. Deben monitorizarse con frecuencia la creatinina y los electrolitos en suero. En caso de hipotensión el paciente debe ser colocado en decúbito supino, con administración rápida de sales y reposición de la volemia. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1. Incompatibilidades:** No aplicable. **5.2. Periodo de validez y precauciones especiales de conservación:** 3 años para Pritor 20 mg 4 años para Pritor 40 mg y Pritor 80 mg. Conservar en el empaque original para preservarlo de la humedad. **5.3. Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters de poliamid/aluminio/PVC con 28 comprimidos. Instrucciones de uso y manipulación: Ninguna especial. **6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Bayer Healthcare AG, D51368, Leverkusen, Alemania. **7. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. **8. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. **Aportación reducida de los beneficiarios. PRITOR 20mg COMPRIMIDOS, P.V.P. IVA: 20,81€. PRITOR 40mg COMPRIMIDOS, P.V.P. IVA: 23,78€. PRITOR 80mg COMPRIMIDOS, P.V.P. IVA: 33,26€.** Fecha de autorización del texto: 02/07. Para más información, consulte la Ficha Técnica completa del medicamento.

Bibliografía:

1. Teo K, et al. Rationale, design, and baseline characteristics of 2 large, simple, randomized trials evaluating telmisartán, ramipril, and their combination in high-risk patients: The ONTARGET/TRANSCEND trials. *American Heart Journal* 2004, Vol. 148, Nº 1
2. S.C. Benson, T.W. Kurz et al. Identification of Telmisartán as a Unique angiotensin II receptor antagonist with selective PPARgamma-modulating activity *Hypertension* 2004; 43:1-10



Curso on-line

Introducción a la salud bucal en cuidados paliativos



Dirigido al personal de enfermería y a higienistas dentales

Organizado por

Dental Practice
EDICIÓN ESPAÑOLA REPORT

Con el aval de

AECPAL
Asociación Española de
Enfermería en Cuidados Paliativos

Patrocinado por



Actividad acreditada por
la Comisión de Formación
Continuada del Ministerio
de Sanidad y Consumo

Temario

Etiología y Fisiopatología de la xerostomía
Manejo del paciente con xerostomía en cuidados paliativos
Medidas preventivas

Coordinadores científicos

M^a José López-Silva García
Odontóloga.
Clínica Milenium Sanitas. Madrid

Pilar Vallés Martínez
Enfermera.
Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Puerta de Europa. Algeciras

Calendario

Periodo lectivo
15 de mayo - 30 de septiembre

Periodo de examen
15 de mayo - 30 de septiembre

Abierto el plazo de inscripción: 1 de mayo

Puede inscribirse a través de la página web:
www.dentalpractice.es
donde encontrará la información adicional sobre este curso

Cultura

LIBROS

Diario para dejar de fumar

El carácter doble de la adicción a la nicotina (por un lado física, y por otra psicológica-conductual) hace necesario que el éxito para dejar de fumar se aborde desde estas dos perspectivas. Para ayudar al paciente en su adicción de forma diaria, se ha diseñado LifeWards™, un programa de apoyo personalizado que le permitirá superar los complejos patrones que desarrolla el fumador. Los estudios demuestran que sólo un 5 por ciento de los fumadores consigue dejar de fumar sin ayudas.

Lifewards™ se encuentra en formato de libro y también en versión *on line*. El interesado debe ponerse en contacto con su médico, que le aconsejará sobre cuál es la mejor terapia para romper con el tabaco.

Este programa terapéutico propuesto por Pfizer, se compone de un diario de seguimiento donde se planifica cada día, así como de consejos a través de una página *web* y mensajes sms.



Título: *Diario para dejar de fumar.*
LifeREWARDS™
287 págs.

Tesoros del antiguo Egipto



Precedida del gran éxito conseguido en Berlín, Bonn y París donde ha sido visitada por más de un millón y medio de personas, ha llegado a Madrid la exposición "Tesoros sumergidos de Egipto". Se trata de un atractivo y espectacular montaje en una nave de más de 4.700 metros cuadrados, que incluye vídeos de las diferentes prospecciones submarinas, se exhiben estatuas monumentales, monedas, joyería, efigies de gran belleza, que ofrecen buena muestra de la extraordinaria mezcla de culturas y gentes que hizo del delta del Nilo lo que fue. Entre las obras destacan las estatuas de unos seis metros de altura y figuras que cuentan con más de 2.000 años de historia.

La muestra puede visitarse en el Matadero de Legazpi (Paseo de la Chopera, 10. Madrid) hasta el próximo 28 de septiembre.

CINE

88 Minutos

Un profesor de escuela que también trabaja como forense para el FBI recibe una llamada en la que le comunican que le quedan 88 minutos de vida. En tan sólo ese tiempo tendrá que descubrir quién intenta asesinarle. Entre los posibles sospechosos se encuentran un estudiante disgustado, una antigua amante rechazada y un asesino en serie.

Éste es el punto de partida de *88 Minutos*, un *film* dirigido por Jon Avnet e interpretado por el incansable Al Pacino, que ya podemos ver en las pantallas españolas. Le acompañan en el reparto Alicia Witt, Amy Brenneman (*Heat*), Leelee Sobieski, Deborah Kara Unger, William Forsythe y Neal McDonough.



Internet

La publicidad 'on line' ya ingresa más que la radio

Algunos visionarios de la publicidad han matado a la estrella de la televisión a costa de Internet, como en la célebre canción, el vídeo mataba la estrella de la radio. Todavía es pronto para afirmar que Internet destronará a la televisión como soporte publicitario, pero —a nivel mundial— los medios electrónicos ya han rebasado a la radio, el cine y el medio exterior.

Las previsiones del Global Entertainment and Media Outlook: 2007-2011 señalan un incremento del gasto por acceso y publicidad en Internet del 15 por ciento, frente a incrementos del 2,3 por ciento en industria discográfica, libros y prensa, y del 4,5 por ciento en cinematografía; es decir, que la cuota de negocio en el mercado mundial de la comunicación tiene un claro vencedor: los medios digitales.

Según ZenithOptimedia, Internet será el cuarto medio de comunicación en 2008 por facturación publicitaria, con una inversión prevista de 30.500 millones de euros, frente a los 25.800 millones de la radio, los 18.500 millones del medio exterior y los 1.500 millones de euros del cine.

El siguiente objetivo de los medios *on line* son las revistas, que en 2008 facturarán 38.511 millones, una cifra que Internet superará dentro de un par de años.

La situación en España no es tan estimulante para la publicidad en la red, con un peso de sólo el 5 por ciento de la "tarta publicitaria", muy por debajo



Los medios tradicionales siguen copando en España la inversión publicitaria, pese al ascenso de Internet.

de los países europeos de cabecera en la Sociedad de la Información, los nórdicos y el Reino Unido. A diferencia de estos países, en que la televisión es un medio en declive, en España todavía vemos una media de cuatro horas diarias, sólo superados por italianos y portugueses. ■

UN VISTAZO A LA RED

Las claves del conflicto tibetano

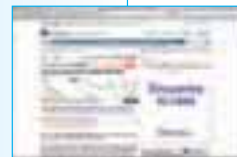
Cobra más actualidad que nunca la situación de la región del Tibet, tras la violenta actuación del ejército chino, para acallar las protestas. La comunidad internacional está haciendo patente su rechazo.

<http://www.20minutos.es/noticia/361022/0/cinco/claves/tibet/>

Todo sobre adopción internacional

El último país en llegar a acuerdos de adopción, es Vietnam y hacia aquel país miran muchos aspirantes a incorporar a su familia un niño que sin duda encontrará una vida más agraciada.

<http://www.adopcion.org/internacional.asp>



Sección patrocinada por

Web de @
MUJER

CIBERCONSEJOS

Desarrollo tecnológico España

El Foro Económico Mundial (FEM) coloca a España en el puesto 31 de los 127 países analizados, sobre desarrollo tecnológico, que lidera Dinamarca, seguida por Suecia y donde los países iberoamericanos retroceden y los africanos se sitúan a la cola. Es tercero Suiza, seguido de Estados Unidos, cuarto.

Máquinas de videojuegos

El consumo de consolas creció en España un 50,4 por ciento y llegó a los 1.454 millones de euros, superando por primera vez al de videojuegos. En 2007 se vendieron 3.390.000 máquinas, un 53 por ciento más que en 2006. En Europa, las ventas crecieron un 45 por ciento y se situaron en 13.000 millones de euros.



Golf

Peugeot-Loewe Tour de España

Victoria de Pedro Linhart

Los 64 golpes de Pol Bech, segundo puesto, obtuvieron récord del campo.

El Peugeot Loewe Tour de España 2008, que este año conmemora su décima edición, arrancó en el campo del Club de Golf de Escorpión, en Bétera (Valencia), con la Victoria de Pedro Linhart, que se impuso magistralmente con 10 golpes bajo par, en una jornada complicada por la niebla y el viento, acabando así con nueve años sin victorias. Pol Bech presentó la mejor tarjeta del torneo, de 64 golpes, récord del campo, para escalar hasta la segunda posición.

El canario Linhart, que fue líder durante las dos primeras jornadas, no cedió en ningún momento el liderato, y firmando una tarjeta final con dos *birdies* y dos *bogeys* para 71 golpes y un total de 10 bajo par. Ésta es la primera victoria de Linhart desde que ganó en Madeira un torneo del Tour Europeo en el año 1999; desde entonces no ha sido un camino de rosas para Pedro, que ha trabajado duro para volver a su mejor nivel de competición, lo que demostró al recuperar la tarjeta para el Tour Europeo a finales del año pasado, reafirmando con esta Victoria.

El gerundense Pol Bech, de 24 años, presentó la mejor vuelta del torneo, de 64 golpes con *birdie* en el 1, cuatro *birdies* consecuti-

vos del 4 al 7, uno más en el 11, sólo un error en el 16 y finalizó con un *eagle* en el 18, en el que jugó el *drive*, hierro 4, y embocó un *putt* de 5 metros para escalar hasta la segunda posición. En tercera posición quedó Jesús Arruti, con 68 golpes para un total de 7 bajo par.

El Peugeot Loewe Tour de Golf recorrerá España visitando: Golf Maioris en Palma de Mallorca, Balneario de Mondariz en Pontevedra, Golf Finca Cortesín en Málaga y Club de Campo Villa de Madrid en junio, País Vasco y el Real Club de Golf El Prat en septiembre.

La Gran Final será en el Real Club de Golf de Sevilla. Además, se visitará Gran Canaria con el Campeonato de la APG, Madrid con el Campeonato de la Federación de Madrid, la Gomera, y también el Challenge de España, y a través de la RFEG se seguirá apoyando a los jugadores en el Challenge Tour. Se repartirán casi un millón y medio de euros en premios. ■



Pedro Linhart, ganador en el primer torneo del Circuito Peugeot-Loewe Tour de España.

Levet ganó el Mapfre Open de Andalucía

El francés Thomas Levet se impuso en el Mapfre Open de Andalucía by Valle Romano, disputado en Aloha Golf, tras vencer en un emocionante *play-off* al joven inglés Oliver Fisher. Un solo hoyo de desempate bastó para que Levet amarrara su cuarta victoria en el Circuito Europeo, después de una dolencia que le apartó durante más de un año de la competición. Tras sufrir un fuerte problema de vértigo ocasionado por molestias de oído durante un año y cuatro meses, Levet regresó a la competición a mediados del año pasado: "He jugado un gran golf. Los últimos hoyos, los más difíciles, los he jugado de maravilla. Hoy estaba muy complicado por el viento, cuando llegué al 17 vi que podía pasar cualquier cosa, y me dije: ten paciencia, lo has hecho antes y puedes volver a lograrlo. He jugado muy tranquilo, me he emocionado mucho cuando he metido el *putt* del 17, ese es mi hoyo de la suerte, ahí es cuando realmente me he puesto con opciones, cuando casi gano el Open Británico fue metiendo el *putt* del 17, y también emboqué uno largísimo para ganar en Cannes".

PriorPlus®

80/12,5 mg

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: PriorPlus 40/12,5 mg comprimidos. PriorPlus 80/12,5 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** PriorPlus 40/12,5 mg comprimidos. Cada comprimido contiene 40 mg de telmisartán y 12,5 mg de hidroclorotiazida. PriorPlus 80/12,5 mg comprimidos. Cada comprimido contiene 80 mg de telmisartán y 12,5 mg de hidroclorotiazida. **Excipientes:** Almidón de maíz, óxido de hierro rojo (E172), lactosa monohidrato, estearato de magnesio, melgumina, celulosa microcristalina, povidona (K25), hidróxido sódico, almidón glicolato sódico (Tipo A), sorbitol (E420). **3. FORMA FARMACÉUTICA:** PriorPlus 40/12,5 mg comprimidos: Comprimido ovalado de dos caras, rojo y blanco, con el anagrama de la compañía y el código GXE51 grabado. PriorPlus 80/12,5 mg comprimidos: Comprimido ovalado de dos caras, rojo y blanco, con el anagrama de la compañía y el código GXE52 grabado. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. PriorPlus, asociado a dosis fijas (40 mg de telmisartán/12,5 mg de hidroclorotiazida; 80 mg de telmisartán/12,5 mg de hidroclorotiazida), está indicado en pacientes cuya presión arterial no puede controlarse adecuadamente sólo con telmisartán. **4.2. Posología y forma de administración:** **Adultos:** PriorPlus debe tomarse una vez al día con líquido, con o sin alimento, en pacientes cuya presión arterial no puede controlarse adecuadamente sólo con telmisartán. Se recomienda la titulación individual de la dosis de cada uno de los componentes, antes de cambiar a la asociación a dosis fijas. Si es clínicamente apropiado, puede considerarse el cambio directo de la monoterapia a las asociaciones fijas. PriorPlus 40/12,5 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con Prior 40 mg. PriorPlus 80/12,5 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con Prior 80 mg. **Insuficiencia renal:** Se aconseja una monitorización periódica de la función renal (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, la posología no debe superar los 40 mg/12,5 mg de PriorPlus una vez al día. PriorPlus no está indicado en pacientes con insuficiencia hepática grave. Las tiazidas deben utilizarse con precaución en pacientes con función hepática insuficiente (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Anianos:** No es necesario un ajuste de dosis. Niños y adolescentes: No se ha establecido la seguridad y eficacia de PriorPlus en niños y adolescentes hasta los 18 años. **4.3. Contraindicaciones:** • Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes. • Hipersensibilidad a otras sustancias derivadas de la sulfonamida (ya que la hidroclorotiazida es un medicamento derivado de la sulfonamida). • Segundo y tercer trimestre del embarazo y lactancia (ver Embarazo y lactancia). • Colestasis y trastornos obstructivos biliares. • Insuficiencia hepática grave. • Insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min). • Hipotensión refractoria, hipercalcemia. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Insuficiencia hepática:** PriorPlus no debe administrarse en pacientes con colestasis, trastornos obstructivos biliares o insuficiencia hepática grave (ver Contraindicaciones) ya que el telmisartán se elimina principalmente con la bile. Puede esperarse que estos pacientes presenten un aclaramiento de telmisartán reducido. Además, PriorPlus debe utilizarse con precaución en pacientes con función hepática insuficiente o enfermedad hepática progresiva, ya que estas alteraciones de la actividad de los líquidos y electrolitos pueden empeorar. **Insuficiencia renal:** No se dispone de experiencia clínica con PriorPlus en pacientes con insuficiencia hepática. **Hipertensión renovascular:** En pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis de la arteria de un único riñón funcional, tratados con medicamentos que actúan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, existe un riesgo aumentado de hipotensión grave e insuficiencia renal. **Insuficiencia renal y trasplante renal:** PriorPlus no debe administrarse en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina <30 ml/min) (ver Contraindicaciones). No se dispone de experiencia respecto a la administración de PriorPlus en pacientes que han sufrido un trasplante renal reciente. La experiencia con PriorPlus es escasa y por lo tanto, se recomienda la monitorización periódica de los niveles séricos de potasio, creatinina y ácido úrico. En pacientes con función renal insuficiente puede aparecer una azoemia asociada a diuréticos. **Depleción de volumen intravascular:** En pacientes con depleción de volumen y/o sodio, ocasionada por un tratamiento intensivo con diuréticos, por una dieta restrictiva en sal, por diarreas o vómitos, puede producirse una hipotensión sintomática, especialmente después de la primera dosis. Estas situaciones deben ser corregidas antes de la administración de PriorPlus. **Otras situaciones con estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona:** En pacientes cuyo tono vascular y función renal dependen principalmente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), se ha asociado el tratamiento con otros fármacos que afectan a este sistema con hipotensión aguda. **Hipercalcemia:** Los diuréticos tiazídicos pueden reducir la capacidad de los riñones para excretar calcio. En algunos pacientes no responden generalmente, a los medicamentos antihipertensivos que actúan por inhibición del sistema renina-angiotensina. En consecuencia, no se recomienda el uso de PriorPlus. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como sucede con otros vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. Efectos metabólicos y endocrinos: El tratamiento con tiazidas puede alterar la tolerancia a la glucosa. En pacientes diabéticos puede ser necesarios ajustes de las dosis de insulina o de hipoglucemiantes orales. Durante el tratamiento con tiazidas puede ponerse de manifiesto una diabetes mellitus latente. Un aumento de los niveles de colesterol y triglicéridos se ha asociado con el tratamiento diurético con tiazidas; sin embargo, con la dosis de 12,5 mg contenida en PriorPlus no se han descrito efectos o éstos han sido mínimos. En algunos pacientes tratados con tiazidas puede aparecer hiperuricemia o podocanescencia una gota manifiesta. **Desequilibrio electrolítico:** Como con cualquier paciente tratado con diuréticos, debe procederse a la determinación periódica de los electrolitos en suero a intervalos adecuados. Las tiazidas, incluyendo la hidroclorotiazida, pueden ser causa de desequilibrio de líquidos o electrolitos (incluyendo hipotensión, hiponatremia y alcalosis hipoclorémica). Son signos de inicio de desequilibrio de líquidos o de electrolitos la sequedad de boca, sed, astenia, fatiga, somnolencia, inquietud, dolor muscular o calambres, fatiga muscular, hipotensión, oliguria, taquicardia y trastornos gastrointestinales tales como náuseas o vómitos (ver Reacciones adversas). • **Hipotensión:** Si bien puede desarrollarse hipotensión aguda con el uso de diuréticos tiazídicos, el tratamiento simultáneo con telmisartán puede reducir la hipotensión inducida por diuréticos. El riesgo de hipotensión es máximo en pacientes con crisis hipertensiva, en pacientes con diuresis manifiesta, en pacientes que reciben una ingesta oral inadecuada de electrolitos y en pacientes tratados simultáneamente con corticosteroides o ACTH (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). • **Hipotensión:** A la inversa, es posible una hipotensión debida al antagonismo de los receptores de la angiotensina II (AT1) por el componente telmisartán de PriorPlus. Si bien no se ha documentado una hipotensión clínicamente significativa con PriorPlus, los factores de riesgo para el desarrollo de hipotensión incluyen insuficiencia renal y/o insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus. Con PriorPlus deben administrarse conjuntamente con precaución, diuréticos ahorradores de sodio, suplementos de potasio o sustitutos de la sal conteniendo potasio (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). • **Hiponatremia y alcalosis hipoclorémica.** No existe evidencia de que PriorPlus reduzca o prevenga la hiponatremia inducida por diuréticos. Por lo general, el efecto de cloruro de sodio es leve y no suele requerir tratamiento. • **Hipercalcemia:** Las tiazidas pueden reducir la excreción urinaria de calcio y producir una elevación intermitente y leve del calcio sérico en ausencia de trastornos conocidos del metabolismo del calcio. Una hipercalcemia marcada puede ser índice de hiperparatiroidismo oculto. En la administración de tiazidas debe interrumpirse antes de realizar pruebas de la función paratiroidea. • **Hipomagnesemia:** Las tiazidas han demostrado aumentar la excreción urinaria de magnesio, lo que puede producir una hipomagnesemia (ver Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **Síntomas de hipomagnesemia:** debilidad, fatiga, náuseas, vómitos, espasmos musculares, calambres de sístole. Una dosis diaria recomendada de PriorPlus 80/12,5 mg comprimidos contiene 338 mg de sodio. Por lo tanto, PriorPlus es adecuado para los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa. **Comerciales:** Al igual que sucede con otros inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, el telmisartán es aparentemente, menos eficaz en la disminución de la presión arterial en la población de raza negra que en las demás, posiblemente, por una mayor prevalencia de niveles bajos de renina entre la población hipertensa de raza negra. **Otras:** Como sucede con cualquier fármaco antihipertensivo, un exceso excesivo de la presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular isquémica, puede producir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. **General:** Pueden producirse reacciones de hipersensibilidad a la hidroclorotiazida en pacientes con o sin historia de alergia o asma bronquial, si bien son más probables en pacientes con una historia de este tipo. Con el uso de diuréticos tiazídicos se ha descrito exacerbación o activación del lupus eritematoso sistémico. **5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **Lito:** Durante la administración concomitante de lito con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones de lito sérico así como de la toxicidad. Se han comunicado asimismo casos muy raros con antagonistas del receptor angiotensina II (incluyendo Prior Plus). No se recomienda la administración conjunta de lito con Prior Plus (ver sección 4.4). Si esta asociación se considera esencial se recomienda una cuidadosa monitorización del nivel de lito en suero durante la administración concomitante. **Medicamentos asociados con la pérdida de potasio y la hipopotasemia (p.ej. otros diuréticos, laxantes, antiácidos, catecholaminas, penicilina G sódica, ácido salicílico y derivados):** Si estos fármacos se prescriben en asociación con hidroclorotiazida-telmisartán, se aconseja monitorizar los niveles plasmáticos de potasio. Estos medicamentos pueden potenciar el efecto de la hidroclorotiazida en potasio sérico (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Medicamentos que pueden aumentar los niveles de potasio o inducir hipopotasemia (p.ej. inhibidores ECA, diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal conteniendo potasio, colpospina u otros medicamentos tales como la heparina sódica):** Si estos fármacos se prescriben en asociación con hidroclorotiazida-telmisartán, se aconseja monitorizar los niveles plasmáticos de potasio. En base a la experiencia con el uso de otros fármacos que contrarrestan el sistema renina-angiotensina, la administración concomitante de los medicamentos antes mencionados puede llevar a aumentar el potasio sérico (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Medicamentos afectados por alteraciones del potasio en suero:** Se recomienda monitorización periódica del potasio en suero y ECG cuando PriorPlus es administrado con fármacos afectados por alteraciones del potasio en suero (p.ej. glucósidos digitálicos, antiarrítmicos) y los siguientes fármacos inductores de torsades de pointes (lo que incluye algunos antiarrítmicos), ya que la hipopotasemia en un factor de predisposición de torsades de pointes: • Antiaritmicos de Clase I (p.ej. quinidina, hidroquinidina, disopiramida). • Antiarrítmicos de Clase III (p.ej. amiodarona, sotalol, dofetilida, ibutilida). • Algunos antiarrítmicos (p.ej. hioridina, clorazemato, levomepromidina, trifluoroperazina, camemazina, súpida, sulpimida, amisulprida, tiaprida, pimozida, haloperidol, droperidol), otros (p.ej. bepridol, escitalopram, efemantol, eritromicina IV, halofantrina, imazapina, pentamida, esparsafloxacin, terfenadina, vincamina IV). **Glucósidos digitálicos:** La hipopotasemia o hipotensión inducida por las tiazidas favorece la aparición de arritmias cardíacas inducidas por los digitálicos (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Otros agentes antihipertensivos:** El telmisartán puede aumentar el efecto hipotensor de otros antihipertensivos. **Alcohol, barbitúricos, narcóticos o antidiuréticos:** puede producirse una potenciación de la hipotensión ortostática. **Antidopamina, amfetamina:** puede producirse una potenciación del efecto antihipertensivo. **Antidiabéticos (orales e insulina):** puede ser necesario un ajuste de la dosis del antihipertensivo (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Mefenamina:** la mefenamina debe utilizarse con precaución: existe riesgo de acidosis láctica, inducida por un posible fallo de la función renal, asociado a hidroclorotiazida. **Colestiramina y resinas de colestipol:** la absorción de la hidroclorotiazida se altera en presencia de resinas de intercambio aniónico. **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs):** El tratamiento con AINEs (es decir, ácido acetilsalicílico administrado en dosis propias de un tratamiento antiinflamatorio, inhibidores de la COX-2/AINEs no selectivos) pueden reducir el efecto antihipertensivo de los antagonistas de la angiotensina II. En algunos pacientes con la función renal alterada (por ejemplo pacientes deshidratados o

anianos con la función renal alterada), la administración conjunta de antagonistas de la angiotensina II y agentes inhibidores de la ciclooxigenasa puede resultar en un mayor deterioro de la función renal, incluyendo posible fallo renal agudo, que normalmente es reversible. Por lo tanto, la combinación debe administrarse con precaución, especialmente en ancianos. Los pacientes deben ser hidratados de forma adecuada, y debe considerarse la monitorización de la función renal al inicio del tratamiento concomitante y de forma periódica a partir de entonces. **Aminas presoras (p.ej. noradrenalina):** el efecto de aminas presoras puede estar disminuido. **Miorelajantes no despoliarizantes (p.ej. tubocurarina):** la hidroclorotiazida puede potenciar el efecto de los miorelajantes no despoliarizantes. **Medicamentos utilizados para el tratamiento de la gota, probenecid, sulfipirazona y allopurinol:** puede ser necesario el ajuste de dosis de los medicamentos uricosos ya que la hidroclorotiazida puede elevar el nivel de ácido úrico en suero. Puede ser necesario un aumento de la dosis del probenecid o de la sulfipirazona. La administración conjunta de la tiazida puede aumentar la incidencia de reacciones de hipersensibilidad del allopurinol. **Salas de calcio:** los diuréticos tiazídicos pueden aumentar los niveles de calcio en suero debido a una excreción reducida. Si es necesario prescribir suplementos de calcio, los niveles de éste en suero deben monitorizarse y proceder al correspondiente ajuste de dosis. **Beta-bloqueantes y diazoxidol:** el efecto hiperglicémico de los beta-bloqueantes y del diazoxidol puede ser potenciado por las tiazidas. **Agentes antiulcerosos (p.ej. atropina, biperiden):** pueden aumentar la biodisponibilidad de diuréticos del tipo de la tiazida al reducir la motilidad gástrica y la velocidad de evacuación gástrica. **Amantadina:** Las tiazidas pueden aumentar el riesgo de efectos adversos ocasionados por la amantadina. **Fármacos citotóxicos (p.ej. ciclofosfamida, metotrexato):** Las tiazidas pueden reducir la excreción renal de fármacos citotóxicos (p.ej. ciclofosfamida, metotrexato) y potenciar sus efectos mielosupresivos. **4.6. Embarazo y lactancia:** **Embarazo (ver Contraindicaciones):** No existen datos suficientes sobre la utilización de PriorPlus en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efecto teratogénico pero han mostrado fetotoxicidad. Por lo tanto, como medida de precaución, preferiblemente, PriorPlus no debe utilizarse durante el primer trimestre del embarazo. Antes de planificar un embarazo, se debe realizar un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. En el segundo y tercer trimestre, los fármacos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden provocar lesiones e incluso la muerte del feto en desarrollo, por consiguiente, PriorPlus, está contraindicado en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Si se diagnostica un embarazo, PriorPlus debe interrumpirse lo antes posible. Las tiazidas atraviesan la barrera placentaria y aparecen en la sangre del cordón umbilical. Pueden ser causa de trastornos electrolíticos fetales y posiblemente de otras reacciones que se han producido en adultos. Se han comunicado casos de trombocitopenia neonatal y de ictericia fetal o neonatal a causa del tratamiento de la madre con tiazidas. **Lactancia (ver Contraindicaciones):** PriorPlus está contraindicado durante la lactancia, ya que se desconoce si el telmisartán se excreta en la leche humana. Las tiazidas aparecen en la leche humana y pueden inhibir la lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, al conducir vehículos o manejar maquinaria, debe tenerse presente que con el tratamiento antihipertensivo pueden producirse, ocasionalmente, mareos o somnolencia. **4.8. Reacciones adversas:** Asociación a dosis fijas. Las incidencias globales de acontecimientos adversos descrita con PriorPlus fue comparable a aquella descrita sólo con telmisartán, en ensayos clínicos controlados randomizados que incluyeron 1.471 pacientes randomizados que recibieron telmisartán e hidroclorotiazida (85) o telmisartán sólo (636). La incidencia de reacciones adversas no está relacionada con la dosis y no se ha observado una correlación con el sexo, edad o raza de los pacientes. Las reacciones adversas descritas en todos los ensayos clínicos y que se producen más frecuentemente (p<0,05) con telmisartán e hidroclorotiazida que con placebo, se muestran a continuación de acuerdo con el Sistema de Clasificación de Organos. Las reacciones adversas conocidas para cada componente individual, pero que no han sido observadas en los ensayos clínicos, pueden producirse durante el tratamiento con PriorPlus. **Las reacciones adversas han sido ordenadas según frecuencias utilizando la siguiente clasificación:** muy frecuentes (>10%); frecuentes (>10%, <10%); no frecuentes (>1%, <10%); escasas (>10%, <10%); muy escasas (<10%, <10%). **Sistema Nervioso Autónomo:** Frecuentes: Impotencia. Organismo en general: Frecuentes: Dolor de cabeza, síntomas pseudogripales, dolor. Nada frecuentes: Alergia, dolor de piernas. Sistema Nervioso Central y Periférico: Frecuentes: Mareo, vértigo. Sistema gastrointestinal: Frecuentes: Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, gastritis. Nada frecuentes: Trastornos gastrointestinales. Trastornos del metabolismo y nutrición: Frecuentes: Hipercalcemia, hipopotasemia. Nada frecuentes: Pérdida del control de la diabetes, hipercalcemia. Trastornos musculares: Frecuentes: Artralgia, artrositis, artritis, mialgia. Nada frecuentes: Anorexia, fatiga. Sistema Respiratorio: Frecuentes: Bronquitis, faringitis, sinusitis, infección del tracto respiratorio superior. Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos: Frecuentes: Eczema. Nada frecuentes: Trastornos de la piel. Sistema Urinario: Frecuentes: Infección del tracto urinario. Como con otros antagonistas de la angiotensina II se han descrito casos raros de angioedema, urticaria y otros acontecimientos relacionados. **Datos de laboratorio:** Las alteraciones en los datos de laboratorio que se observaron en los ensayos clínicos con telmisartán e hidroclorotiazida se incluyen con anterioridad (ver apartado Advertencias y precauciones especiales de empleo). Información sobre los componentes individuales: Las reacciones adversas, previamente descritas con uno de los componentes individuales, pueden ser reacciones adversas potenciales con PriorPlus, incluso aunque no se hayan observado en los ensayos clínicos. **Telmisartán:** Los acontecimientos adversos se producen con frecuencia similar en pacientes tratados con placebo y telmisartán. En ensayos controlados con placebo, la incidencia global de acontecimientos adversos descrita con telmisartán (41,4%) fue normalmente comparable a placebo (43,9%). Las reacciones adversas detalladas a continuación han sido recogidas de todos los ensayos clínicos en los que se incluyeron 5.788 pacientes hipertensos tratados con telmisartán. Organismo en general: Frecuentes: Dolor de espalda (p.ej. ciática), dolor torácico, síntomas pseudogripales, trastornos de infección (p.ej. infecciones del tracto urinario incluyendo cistitis). Nada frecuentes: Visión alterada, aumento de la sudoración. Sistema Nervioso Central y Periférico: Nada frecuentes: Vértigo. Sistema gastrointestinal: Frecuentes: Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, trastornos gastrointestinales. Nada frecuentes: Sequedad de boca, flatulencia, trastornos musculoesqueléticos, trombocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica, depresión de la médula ósea. • **Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos:** Reacciones: Anidrosis, calambres en las piernas o dolor de piernas, mialgia. Nada frecuentes: Síntomas similares a la laringitis. Trastornos psiquiátricos: Nada frecuentes: Ansiedad. Sistema respiratorio: Frecuentes: Infecciones del tracto respiratorio superior incluyendo faringitis y sinusitis. Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos: Frecuentes: Trastornos de la piel similares a eczema. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito raramente casos de eritema, prurito, dermatitis, síndrome de fotosensibilización, molestias de estómago, vómitos, hipotensión, bradicardia, taquicardia, disnea, eosinofilia, trombocitopenia, debilidad y pérdida de fuerza, fallo renal agudo e hipercalcemia. **Datos de laboratorio:** Raramente, se ha observado una disminución de la hemoglobina o un aumento del ácido úrico, los cuales se producen con mayor frecuencia durante el tratamiento con telmisartán que con placebo. Durante el tratamiento con telmisartán se han observado aumentos de la creatinina o de los enzimas hepáticos, pero estas alteraciones de los datos de laboratorio se produjeron con una frecuencia similar o menor que con el placebo. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito casos de aumento de creatina fosfoquinasa (CPK) en suero. **Hidroclorotiazida:** La hidroclorotiazida puede causar o exacerbar la depleción de volumen lo que puede llevar a un desequilibrio electrolítico (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). Los acontecimientos adversos descritos con la administración de hidroclorotiazida sólo incluyen: • **Sistema gastrointestinal:** Anorexia, pérdida de apetito, irritación gástrica, estreñimiento, salivación, paracetolitis. • **Trastornos hepatobiliares:** Ictericia (ictericia colestásica intrahepática). • **Trastornos oculares:** Xantopsia, visión borrosa pasajera. • **Sistema límbico y sanguíneo:** Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia, anemia aplásica, anemia hemolítica, depresión de la médula ósea. • **Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos:** Reacciones: Fotosensibilización, exantema, reacciones del tipo del lupus eritematoso cutáneo, reacción del lupus eritematoso cutáneo, urticaria, angitis necrosante (vasculitis, vasculitis cutánea), reacciones anafilácticas, necrólisis epidérmica tóxica. • **Trastornos generales:** Fiebre. • **Trastornos respiratorios:** Distésis respiratorio (incluyendo neumonitis y edema pulmonar). • **Trastornos renales y urinarios:** Distensión renal, nefritis intersticial. • **Trastornos musculoesqueléticos:** Espasmo muscular, debilidad. • **Trastornos del sistema nervioso:** Inquietud, obnubilación, vértigo, parestesia. • **Trastornos vasculares:** Hipotensión postural. • **Trastornos cardíacos:** Arritmias cardíacas. • **Trastornos psiquiátricos:** Trastornos del sueño, depresión. **Datos de laboratorio:** Hiperglicemia, glucosuria, hipercalcemia, desequilibrio electrolítico (incluyendo hiponatremia e hipopotasemia), aumentos del colesterol y triglicéridos. **4.9. Sobredosis:** El paciente debe ser sometido a monitorización rigurosa y el tratamiento debe ser sintomático y de soporte. El tratamiento depende del tiempo transcurrido desde la ingestión y de la gravedad de los síntomas. Entre las medidas sugeridas se incluye la inducción del vómito y/o lavado gástrico. El carbón activado puede ser útil en el tratamiento de la sobredosificación. Deben monitorizarse con frecuencia la creatinina y electrolitos en suero. En caso de hipotensión el paciente debe ser colocado en decubito supino, con administración rápida de sales y reposición de la volemia. Las manifestaciones que con mayor probabilidad son de esperar de una sobredosis de telmisartán son hipotensión y taquicardia; también pueden producirse bradicardia. La sobredosis de hidroclorotiazida se asocia con depleción de electrolitos (hipopotasemia, hipoclorémia) y deshidratación como resultado de diuresis excesiva. Los signos más habituales de sobredosificación son náuseas y somnolencia. La hipotensión puede tener como consecuencia espasmos musculares y/o arritmias cardíacas acentuadas asociadas con o sin consumo de glucósidos digitálicos o determinados fármacos antiarrítmicos. No se dispone de datos para el telmisartán en relación con una sobredosis en humanos. El telmisartán no se elimina por hemodilisis. No se ha establecido hasta qué grado la hidroclorotiazida se elimina por hemodilisis. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1. Incompatibilidades:** No aplicable. **5.2. Periodo de validez y precauciones especiales de conservación:** 3 años. Conservar en el embalaje original para preservar de la humedad. **5.3. Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters de poliamida/aluminio/PVC con 28 comprimidos. **5.4. Instrucciones de uso y manipulación:** Ocasionalmente, se ha observado que la capa exterior del envase blister se separa de la interior entre los alvéolos del blister. Si esto se detecta, no se requiere ninguna acción. **6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Bayer Healthcare AG, D51368, Leverkusen, Alemania. **6.1. Condiciones de Prescripción y Dispensación:** Con receta médica. **6.2. Condiciones de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud:** Rembolseable por el Sistema Nacional de Salud. PriorPlus 40/12,5 mg comprimidos x 28 comprimidos: P.V.P. IVA: 23,76€. PriorPlus 80/12,5 mg comprimidos x 28 comprimidos: P.V.P. IVA: 33,20€. Fecha de autorización del texto: 02/07. Para más información, consulte la Ficha Técnica completa del medicamento.



Bayer Healthcare
Bayer Schering Pharma
Química Farmacéutica Bayer S.L.
Av. Bona Obertor 6 - 08970
St.Joan Despí, Barcelona
www.bayerscheringpharma.es

PROGRAMA AAP 2008

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



VALENCIA

29 de Mayo de 2008
Feria de Valencia (Pabellón 8)

MADRID

12 de Junio de 2008
Pab. Convenciones-Casa de Campo

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

CLASIFICADOS

EMPLEO

Fremap, empresa líder en Medicina del Trabajo, precisa:

MÉDICOS DEL TRABAJO

Se requiere:

Licenciatura en Medicina. Preferiblemente especialidad en Medicina del Trabajo. Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo.

Interesados enviar CV por correo electrónico a liliana.gonzalez@adecco.com

MarinaSalud precisa:

MÉDICOS DE TODAS LAS ESPECIALIDADES

Se requiere:

Título de la Especialidad. Sensibilidad hacia el paciente, innovación y prestigio asistencial.

Servicio sanitario público con gestión privada que espera el comienzo de la actividad en el último de trimestre de 2008. Más información en la *web* www.marinasalud.es

Instituto Lleida de Oftalmología, precisa:

OFTALMÓLOGO

En dependencia de la Dirección Médica deberá reunir los siguientes requisitos:

Licenciatura en Medicina y Cirugía con especialidad en Oftalmología.

Se ofrece:

Incorporación inmediata. Jornada laboral de 35 horas.

Interesados pueden enviar sus referencias a ILO: Avenida del Dr. Fleming, 14. 25006 Lleida. E-mail: info@ilooftalmologia.com

IMAGEN Y SONIDO



Técnicas Audiovisuales Combinadas

Recursos de imagen y sonido
Sistemas interactivos
Traducción simultánea

Antonio López, 237
28041 Madrid • Tel.: 606 14 76 46

Se necesita:

MÉDICO PARA BALNEARIO EN PUENTE VIESGO

Se precisa:

Experiencia demostrable en balnearios.

Interesados en esta oferta contacten a través del teléfono. 650 398 500

Empresa del sector editorial precisa:

MÉDICOS

Se requiere.

Dominio del inglés y francés para traducción directa de materias relacionadas con Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Se ofrece:

Trabajo continuado en régimen de colaboración externa.

Interesados enviar CV a personal@diorki.es o contactar directamente con la Srta. Soriano 91 554 99 03.

CONGRESOS

DRUG FARMA

CONGRESOS, S.L.

Organización de congresos con un servicio integral y diferenciado: apoyo de expertos en diseño gráfico, edición, desarrollo web y multimedia, y comunicación.

Antonio López, 249 (1º)
28041 Madrid
Tel.: 91 792 13 65
info@drugfarmacongresos.com
Contacto: Lourdes Panizo

Hospital de Aita Menni de Arrasate-Mondragón (Guipúzcoa) precisa la contratación de:

MÉDICO REHABILITADOR MÉDICO INTERNISTA

Se ofrece:

Retribución y condiciones a convenir. Contrato indefinido. Absoluta confidencialidad.

Los interesados pueden enviar su C.V. al Hospital Aita Menni. Bº Gesalibar, nº 15, 20509. Arrasate-Mondragón (Guipúzcoa).

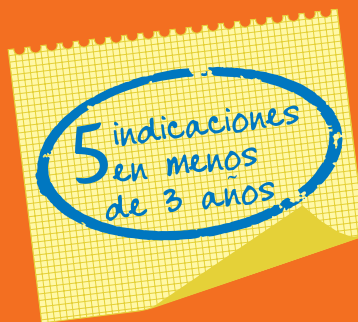
1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cipralex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). CIPRALEX 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). CIPRALEX 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para la lista completa de excipientes ver apartado 5.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. CIPRALEX 10 mg, comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E Y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. CIPRALEX 15 mg, comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E Y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. CIPRALEX 20 mg, comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E Y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Los comprimidos de 10.15 y 20 mg pueden dividirse en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** No se ha demostrado la seguridad de dosis altas superiores a 20 mg. CIPRALEX se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepresiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y los dosis deben reevaluarse regularmente. **Ansiedad (> 65 años de edad).** Se debe considerar tanto el inicio del tratamiento como la mitad de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de CIPRALEX en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** CIPRALEX no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver apartado 4.4). **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (Cl_{CR} menor a 30 mL/min). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un período de al menos una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver apartados 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no puede tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de reinstalar la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual. **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO-A) (ver apartado 4.5). **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los IRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** CIPRALEX no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas (intentos de suicidio e ideas de suicidio) y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Ansiedad paroxismica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepresivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansioso paroxismico (ver apartado 4.2). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los IRS se se deben administrar a pacientes con epilepsia instable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con IRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los IRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de IRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un IRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidios (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser complicadas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se tratan pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Además existe la posibilidad de un incremento del riesgo de conductas suicidas en adultos jóvenes. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de estos hechos y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Acetilsal/Inquietud psicómota.** El uso de IRS/IRSN se ha asociado con la aparición de acetilsal, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud motora y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañada de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponotemia.** Con el uso de IRS y IRSN se ha notificado raramente hiponotemia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de edad avanzada, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponotemia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y purpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con IRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes u otros fármacos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antiplaquetos ácidos y fenotiazinas; la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroides (AINEs), ticlopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de IRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO (ver apartado 4.5). **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptolano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaron IRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el IRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de IRS y remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5). **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver apartado 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo. El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leve a moderados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves. Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de suspensión del tratamiento y en raras ocasiones se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida. Normalmente estos síntomas son autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se prolonga (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente a lo largo de un período de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver "Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento" en apartado 4.2). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAO no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un IRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO) y también en pacientes que han dejado de tomar un IRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible o como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A no está recomendada (ver apartado 4.4). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precaución de uso: Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram (paciente). **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán y otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los IRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usen conjuntamente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepresivos (tríclicos, IRS), neurolepticos (fenotiazinas, tioxantenas y butirofenonas), meloquinolona, bupropión y tramadol), litio, triptófano. Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los IRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de IRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de IRS con remedios herbales que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza conjuntamente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecaicida, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.g. antidepresivos, tales como desipramina, domipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tiordicina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir directamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. EMBARAZO Y LACTANCIA. Embarazo.** Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazadas. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. CIPRALEX no debería usarse durante el embarazo o a ser que se estáticamente mismo y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. Se debe vigilar a la recién nacida o la madre durante tomando CIPRALEX durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se debe evitar la suspensión brusca durante el embarazo. Los siguientes síntomas pueden aparecer en el recién nacido de madres que han utilizado IRS/IRSN durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apneas, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipotensión, hiperreflexia, temblores, temblores, irritabilidad, letargo, lloro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas conocidas de los IRS y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos; no son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ($\geq 1/100$), frecuente ($\geq 1/100$, <1/100), poco frecuente ($\geq 1/1000$, <1/100), rara ($\geq 1/10000$, <1/100), muy rara ($\leq 1/10000$) o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de los sistemas nerviosos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara ($\geq 1/10000$, <1/1000). Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Hiponotemia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido; hombres y mujeres. Anorgasmia; mujeres. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, <1/100). Brevimiento, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara ($\geq 1/10000$, <1/1000). Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente ($\geq 1/1000$, <1/100). Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Alteraciones del gusto, trastornos del sueño. Rara ($\geq 1/10000$, <1/1000). Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Timpanus. Trastornos cardíacos. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Taquicardia. Rara ($\geq 1/10000$, <1/1000). Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Sinusitis, bostezos. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente ($\geq 1/100$). Náuseas. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Hemorragias gastrointestinales (incluyendo hemorragia rectal). Trastornos hepato biliares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Incremento de la sudoración. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Urticaria, alopecia, rinitis, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Equimosis, anguedones. Trastornos músculo-esqueléticos del tejido conectivo y óseo. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductivo y de la mama. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Hombres: trastornos de la evaluación, impotencia. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Hombres: priapismo, glaucoma. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Fatiga, prurito. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Edema. Investigaciones. Frecuente ($\geq 1/100$, <1/100). Aumento de peso. Poco frecuente ($\geq 1/10000$, <1/1000). Disminución de peso. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Púeas de función hepática alterada. Las siguientes reacciones adversas se han comunicado para la clase terapéutica de los IRS/IRSN (incluyendo acetilsal/ selegilina (ver apartado 4.4) y anorexia. Se han registrado casos de prolongación del QT durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes con enfermedad cardíaca previa. No se ha establecido relación causal. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** La suspensión del tratamiento con IRS/IRSN (particularmente si se realiza de forma brusca), frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leve a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y prolongados. Por tanto, se recomienda que se debería reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver apartados 4.2 y 4.4). **4.9. SOBREDOSIS. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicados sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo. La mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicamentos concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desea, mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hiponotemia). **Tratamiento.** No existe un antidoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de la vía aérea; asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. LISTA DE EXCIPIENTES.** Nícelo. Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Talco. Croscarmellose de sodio. Estearato de magnesio. Recubierto: Hipromelosa. Macrogol 400. Dióxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERÍODO DE VALIDEZ 3 años.** **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALZA Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en el estuche, 14, 28, 56, 98 comprimidos. Dosis única 49 x 1,56 x 1,98 x 1, 100 x 1,500 x 1 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (blanco), incluido en el estuche, 14, 28, 56, 98 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno, 10 (5, 10, 15 y 20 mg), 200 (5 y 10 mg) comprimidos. Puede ser solamente estos comercializados algunos tamaños de envases. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605, 08028 Barcelona, España. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.220. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.224. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.223. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO P.V.P. (IVA incluido).** CIPRALEX 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P.: 23,01€, P.V.P. por 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P.: 34,51€, P.V.P. por 35,89€. CIPRALEX 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P.: 46,01€, P.V.P. por 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



En **3** años hemos
corrido mucho...



...ya hemos logrado
nuestra **5^a** indicación:
Trastorno Obsesivo - Compulsivo.



En depresión y ansiedad,
rapidez y potencia
son decisivas



Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram