

REDUCCIÓN DE BUROCRACIA, REORGANIZACIÓN DE CENTROS Y PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL

El Foro de AP insta a Pajín a aplicar las primeras reformas

→ El Foro de Primaria urge a la ministra de Sanidad a poner en marcha el primer paquete de reformas que este órgano ha consensuado para la mejora del

primer nivel. El foro recuerda que esas medidas son tan necesarias como aplicables en un contexto de crisis, ya que no exigirían inversión adicional.

Casi un mes después de que el Foro de Primaria pidiese una entrevista personal con la ministra de Sanidad, las organizaciones que representan al primer nivel siguen esperando que Leire Pajín recoja el testi-

go de su predecesora. Semergen, portavoz de turno del foro, cree que esa reunión es el primer paso para que Sanidad aplique de una vez el primer paquete de medidas urgentes que los representantes del ni-

vel han consensuado para la mejora de primaria. José Luis Garavís, vicepresidente tercero de Semergen, recuerda que esas primeras medidas, que ya funcionan en algunas regiones, no requerirían inversión

adicional alguna: "Son medidas organizativas, de gestión, reorganización de centros de salud y redistribución de las cargas burocráticas que no requerirían desembolso económico".

PÁG. 6

Se exige demasiada capacidad para los empleos modestos, y demasiada poca para los importantes **MME. DE GENLIS**

Detallan diferencias moleculares de los controladores del VIH

Un estudio multicéntrico internacional, con participación de investigadores españoles, desvela una serie de variaciones moleculares comunes a los pacientes infectados por el virus del sida que mantienen a raya la infección sin recurrir a la terapia farmacológica: los denominados controladores de élite. El trabajo se publica hoy en *Science*.

PÁG. 10

La variante ST131 de la 'E. coli' es más frecuente y agresiva

La variante ST131 de la bacteria *Escherichia coli* es más frecuente y se asocia con una tasa de mortalidad más alta que el tipo común, según han indicado los resultados parciales y preliminares de un estudio multicéntrico presentado durante las V Jornadas Científicas de la Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (Reipi), en Barcelona.

PÁG. 13

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 7]

Lactancia materna, una laguna en la formación

Uno de los principales escollos para promover la lactancia viene de los pediatras y obstetras. Necesitan formarse para no aconsejar su abandono injustificadamente. Bolonia permitiría que se crease un máster en lactancia.



No hay que dar al recién nacido biberones de fórmula, salvo que esté médicamente indicado.

PARA EL BUEN GOBIERNO EN EL SNS

Freire: "Se debería proteger e incentivar al que denuncie fraudes"

La prioridad del buen gobierno en sanidad debe ser la lucha contra la corrupción; de ahí la importancia de que las acciones fraudulentas sean denunciadas. Para favorecer la transparencia y evitar prácticas incorrectas en el Sistema Nacional de Salud, José

Manuel Freire, jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, opina que es necesario proteger e incentivar al profesional que denuncie las situaciones irregulares que se produzcan en su entorno.

PÁG. 5



José Manuel Freire.

AUDIENCIA NACIONAL

Los daños por políticas sanitarias exigen pruebas individuales

La Audiencia Nacional ha desestimado la demanda presentada por una mujer que reclamaba una indemnización de 500.000 euros por no haber sido vacunada de la poliomielitis cuando nació, en 1966.

PÁG. 8

V.S.D.

SUGERENCIAS PARA EL FIN DE SEMANA



HISTORIA 21

Unos 40.000 alemanes fueron condenados a muerte durante el nazismo por denunciar las atrocidades o proteger a los judíos.

LIBROS 22

La voz del pasado: espías, conspiraciones y agentes dobles, de la mano de Fernando Rueda.

ESCAPADA 23

El mundo del surf llega a Santander en busca de la nueva temporada de las grandes olas.

CINE 24

Caza a la espía cuenta el caso real de la agente de la CIA Valerie Plame y su marido, diplomático opuesto a la guerra de Irak.



Onbrez® Breezhaler®

El único broncodilatador para el tratamiento de la EPOC² que, administrado 1 vez al día, proporciona:

- 24 horas de broncodilatación²
- Eficacia en 5 minutos^{3,4}



NOVARTIS

Inspiración para innovar

Ver ficha técnica en pág. 14

Los datos son impactantes: el mercado de medicamentos falsos en 2009 creció un 500 por ciento en todo el mundo en relación con los tres años anteriores e internet ha sido uno de los principales impulsores de este descomunal crecimiento. Según la OMS, se estima que al menos el 50 por ciento de los fármacos que circulan por África y el sudeste asiático podrían ser falsos. En estos continentes es el elevado precio de los medicamentos y las dificultades para el acceso a tratamientos lo que empuja a la población a buscar productos baratos con dudosas

ELENA ESCALA REDACTORA JEFE



Sin un plan para acabar con la venta de fármacos falsos

combinaciones de principios activos o placebos. En Europa, sin embargo, es la búsqueda de fármacos de prescripción lo que ha consolidado esta industria fraudulenta. Internet nos muestra en este sentido una de sus peores caras, y empresas para la verificación de farmacias en la Red, como *LegitScript*, dicen que el 97 por ciento de los 50.000 sitios web que monitorizan no cumplen con los estándares básicos para su actividad. Lo sorprendente es que, conociendo estos datos, todavía no contemos con una estrategia común para poner fin al fraude.

SUMARIO
nº
4.211
AÑO XIX
VIERNES
5 NOVIEMBRE

SANIDAD PÁG 4

El Partido Popular presentará una moción en el Senado para regular la cirugía estética en el SNS • Evitar la corrupción y el fraude son los mayores retos del buen gobierno

PROFESIÓN PÁG 6

Primaria insta a la ministra de Sanidad a aplicar las primeras reformas urgentes • Reportaje: ¿Están preparados los médicos para el fomento de la lactancia materna?

NORMATIVA PÁG 8

La Audiencia Nacional exige pruebas detalladas en demandas por políticas sanitarias • No hay que dar fechas en la esperanza de vida, según un informe de la OMC

MEDICINA PÁG 11

Entecavir reduce la carga viral en pacientes con hepatitis B • Inician un ensayo clínico con las nuevas vacunas idiopáticas para linfoma folicular con planta de tabaco

GESTIÓN PÁG 18

No habrá interoperabilidad hasta que no haya consenso en las regiones • El Consorcio de Terrasa, premio a la excelencia clínica • El auge de los SI, revolución epidemiológica

V.S.D. PÁG 21

Caza a la espía reúne a Sean Penn y Naomi Watts en un filme sobre las mentiras de Irak • No todos los alemanes eran nazis • Llega la *Gran Vaca* a las playas de Santander

RECORTES PRENSA

NATURE

Por qué crece el número de estudios que se rectifican

Pocas experiencias pueden ser más dolorosas para un investigador que tener que retractarse de un trabajo. Algunos estudios mueren en silencio, como cuando otros científicos encuentran que no pueden replicarse y sencillamente los ignoran. Sin embargo, como muestran varios casos en los últimos años, las más duras relaciones son las que hallan que un documento no sólo es erróneo, sino que es el resultado de un fraude o invención, para lo que se requieren meses o años de investigación. El daño causado por un trabajo fraudulento que en su día parecía excepcional puede difundirse más ampliamente, como ocurrió

con los estudios del físico austriaco Jan Hendrick Schön y con el biólogo surcoreano Woo Hwang Suk. Pero sea cual sea el motivo de una rectificación, todas las partes involucradas -revistas incluidas- necesitan enfrentarse a ellas sin demora.

Este año, *Nature* ha publicado cuatro retractaciones, cifra inusual. En 2009 publicamos una. Y a lo largo de la última década tenemos un promedio de dos por año, en comparación con una por año en la década de 1990, excluyendo las retractaciones de los documentos coescritos por Schön.

Dado que *Nature* publica unos 800 estudios al año, el total no es particularmente alarmante, sobre todo porque sólo algunas de las retractaciones se deben a mala conducta comprobada. Otras revistas del grupo *Nature* también han tenido que retirar artículos en los últimos años, pero los datos

combinados apuntan a una tendencia. Una amplia encuesta reveló proporciones más pequeñas: en 2009, *Times Higher Education* encargó un estudio a Thomson Reuters que contabilizó 95 retracciones entre los 1,4 millones de estudios publicados en 2008. Pero la misma encuesta mostró que desde 1990 -tiempo durante el cual el número de trabajos publicados se había duplicado- la proporción de retractaciones se había multiplicado por diez.

¿A qué se debe el aumento? Más sensibilidad de las revistas y de la comunidad científica hacia la mala conducta, una mayor capacidad para crear y detectar imágenes manipuladas y una mayor disposición de las revistas a publicar retractaciones explicarían parte de este aumento. También se puede especular sobre la dificultad creciente de investigadores de alto nivel de atender a los detalles de lo que sucede en

EL DATO

50%

de los pacientes con enfermedades raras fallecen antes de cumplir 30 años

La Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) alerta de que tres millones de personas padecen una enfermedad rara en España, lo que supone un problema de salud a tenor del bajo índice de supervivencia de los pacientes: la mitad fallece antes de los 30 años. Feder recuerda que la Estrategia de Enfermedades Raras, que Sanidad puso en marcha en 2009, es clave para mejorar la situación de los afectados.

sus laboratorios. Esto es motivo de preocupación no sólo debido a los raros casos de mala conducta, sino también al riesgo de dejadez y descontrol. Cualquier laboratorio con más de diez investigadores puede tener que tomar medidas especiales para que un investigador principal sea capaz de asegurar la calidad del trabajo de los miembros junior.

Este cometido se agrava cuando las nuevas técnicas son rápidamente adoptadas en el seno de lo que a menudo es una comunidad altamente competitiva. Y episodios pasados muestran el riesgo de que los científicos colaboradores -en especial los que están geográficamente distantes- puedan dejar de comprobar los datos de otros laboratorios de los

que, como coautores, son responsables finales.

Si en *Nature* nos alerta de posibles resultados falsos aunque no fue el autor del documento original, vamos a investigar, incluso si las denuncias son anónimas. Sin embargo, somos conscientes del gran daño que se puede hacer a algunos coautores como resultado de esas denuncias, especialmente cuando resultan ser falsas. Tal fue el caso de una alerta reciente distribuida por un grupo autodenominado Stem Cell Watch.

Somos sensibles a estas preocupaciones y tenemos en cuenta la necesidad de proteger los intereses de los autores hasta que nuestra obligación para con la ciencia se hace evidente. Entonces publicamos con rapidez la rectificación. En última instancia, corresponde a los investigadores -los más afectados- permanecer atentos y diligentes para corregir los errores con prontitud.

DM
DIARIO MEDICO

Dep legal:
M-17843-1992

Avenida de San Luis, 25.
28033 MADRID
Tfno. 91 443 64 70
Fax: 91 443 63 40
Paseo de Gracia, 11. Escalera A,
5ª planta. 08007 BARCELONA
Tfno. 93 496 24 00
Fax: 93 496 24 05

www.diariomedico.com



PRESIDENTA: Carmen Iglesias CONSEJERO DELEGADO: Antonio Fernández-Galiano DIRECTOR GENERAL EDITORIAL: Pedro J. Ramírez DIRECTOR EDITORIAL: Miguel Ángel Mellado
DIRECTOR GENERAL (PUBLICIDAD): Alejandro de Vicente DIRECTOR GERENTE: Iñigo Amoribieta Alonso DIRECTOR DE ARTE: Rodrigo Sánchez

DIRECTOR: Javier Olave Lusarreta

SUBDIRECTOR: José Ramón Zárate Covo

REDACTORA JEFE: Cristina Ruiz

REDACTORA JEFE EN CATALUÑA: Carmen Fernández Fernández

JEFE DE EDICIÓN: Esperanza Franco Fernández

COORDINADOR MÉDICO: Dr. Javier Cotelo Vila

REDACTORA JEFE DE DIARIOMEDICO.COM: Elena Escala

COORDINADOR DEL CONSEJO CIENTÍFICO: Dr. Manuel González Barón

Correo electrónico: dminternet@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 64 70

IMPRESIÓN

FABRIPRESS, S.A.
Tfno. 91 883 95 00
Fax: 91 883 95 10

DISTRIBUCIÓN

902 99 82 11

suscripciones@unidadeditorial.es

SUSCRIPCIONES

902 99 82 11

SOCIEDAD EDITORA:

Unidad Editorial,
Revistas S.L.U.,
Madrid

DISTRIBUCIÓN CONTROLADA POR

ISSN 1135-5718

S.V.P. número 92010 R. concedido por el Ministerio de Sanidad

SOCIEDAD EDITORA:

Unidad Editorial,
Revistas S.L.U.,
Madrid

PUBLICIDAD

DIRECTOR COMERCIAL: Jesús Zaballa

DIRECTORA DE PUBLICIDAD ÁREA SALUD: Mar de Vicente

DIRECTOR DE PUBLICIDAD: Daniel de Julián

danielejuli@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 02

SUBDIRECTORA DE PUBLICIDAD: Belén Pérez

belen.perez@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 10

DIRECTOR COMERCIAL MADRID

Eusebio Esman eusebio.esman@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 52

Maria Gallardo maria.gallardo@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 55 03

Fátima Zornoza fatima.zornoza@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 55 06

Maria José García marijagarcia@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 92

Alicia López alicia.lopez@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 55 01

Marta Arroyo Alegre marta.arroyo@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA

Tina Pamplona tina.pamplona@unidadeditorial.es
Tfno. 93 496 24 40

Rosa Cores rosacores@unidadeditorial.es
Tfno. 93 496 24 23

Susana Nocete susana.nocete@unidadeditorial.es
Tfno. 93 496 24 50

TRÁFICO INTERNET

trafico@unidadeditorial.es

MARKETING

Rosario Serrano marichalar@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 91

FORMACIÓN

Eva Allaya eallaya@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 54 96

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO

La información sobre condiciones y tarifas de los anuncios por palabras en Diario Médico: Fernando Garrido huete@unidadeditorial.es
Tfno. 91 443 52 01
fax: 91 443 59 74



Lluís Ribas de Pouplana

Investigador ICREA en el IRB Barcelona. El hallazgo de una proteína en la mosca *Drosophila melanogaster* que es esencial para la mitocondria ha sido el tema que ha reconocido la revista *Journal of Biological Chemistry* como el "artículo de la semana". Este trabajo es fruto de la investigación del grupo que dirige Lluís Ribas de Pouplana en el Instituto de Investigación Biomédica (IRB Barcelona).

EL PULSÓMETRO



Manuel Díaz Rubio

Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. Díaz Rubio ha sido elegido presidente de la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina de España y Portugal (Alanam) para los dos próximos años. La Alanam es una entidad, creada en Medellín (Colombia) en 1967, que agrupa a más de una docena de academias de Medicina iberoamericanas.

LA 2ª OPINIÓN. "La Ley de Dependencia, al igual que el Estado del Bienestar, correría un peligro mortal si el PP gana las próximas elecciones generales". [José Antonio Alonso, portavoz del Partido Socialista en el Congreso de los Diputados] Alonso ha hecho estas declaraciones porque sostiene que Mariano Rajoy quiere privatizar los servicios públicos esenciales, como la Educación y la Sanidad, si llega al Gobierno, siguiendo las políticas del primer ministro británico, James Cameron. Lo que haga Rajoy si llega a la Moncloa está por ver. Pero lo que sí se está demostrando es que el Ejecutivo de Zapatero está llevando a cabo recortes y medidas que no contribuyen en absoluto a sostener y potenciar el Estado del Bienestar.

AGENDA

VIERNES

5

NOVIEMBRE

Cirugía Plástica

The 1st World Congress on Controversies in Plastic Surgery & Dermatology (CoPLASDy). Se celebra hasta el domingo en el Palacio de Congresos de Cataluña (Avenida Diagonal, 661), en Barcelona. Información:

Tfno. 93 208 11 45. E-mail: spain@comtecmed.com. Web: www.comtecmed.com/coplasdy/2010

Obstetricia

Taller teórico-práctico sobre lesiones perineales de origen obstétrico. Se im-

parte en el Auditorio Edificio Docente San Juan de Dios, en Esplugues de Llobregat, Barcelona. Información: Tfno. 93 253 21 30.

Oftalmología

Contactología Clínica. Organizado por el Instituto Bar-

raquer, tiene lugar en su sede de Barcelona (Latorja, 88). Más información: Tfno. 93 414 67 98. Web: www.cobarraquer.es

Pediatria

LXI Congreso de la Sociedad de Pediatría de Gali-

cia. Se celebra en la Facultad de Veterinaria de Lugo (Avda. Carballo Calero, S/N). Más información: www.sopega.es y congresosopega.kiros.es/2010

Traumatología

XV Seminario Internacio-

nal de Ortopedia Infantil. Dirigido por Ramón Huguet y Julio de Pablos, se celebra en el Hotel HCC Montblanc (Vía Laietana, 61), de Barcelona. Más información: Tfno. 94 829 07 02. E-mail: brupa@ohsjd.es. Web: www.de-pablos-bruguera.com

RADIOGRAFÍA



EL AUTOBÚS DE LA MEDICINA INTENSIVA. La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), con la colaboración de CareFusion, ha transformado un autobús en una UCI sobre ruedas con la instalación de la tecnología e instrumentos esenciales con los que trabajan los especialistas en cuidados intensivos, para llevar a cabo un recorrido por 15 ciudades españolas mostrando a la población la labor que se realiza en dichas unidades. En cada ciudad, dos residentes de la especialidad atenderán a los ciudadanos, que tendrán la oportunidad de visitar el autobús, grabar un mensaje de apoyo a la campaña y obtener una pulsera conmemorativa. El proyecto, que arrancó en Sabadell y hoy está en Barcelona, seguirá su curso a partir del lunes día 8 con el siguiente recorrido: Zaragoza (8), Valencia (9 y 10), Murcia (11), Málaga (12), Sevilla (15 y 16), Badajoz (17), Toledo (18), Valladolid (19), La Coruña (22), Oviedo (23), Santander (24), Bilbao (25) y Madrid (29 y 30).



ENCUENTRO DIGITAL

Manuel Aguilar, presidente de la Sociedad Española de Diabetes.

Manuel Aguilar participará el miércoles 10 de noviembre, a las 12:00 horas, en un encuentro digital en Diariomedico.com en el que resolverá todas las dudas de los internautas. Envíe sus preguntas con antelación o en directo durante la celebración del encuentro desde la sección de *Opinión y Participación*. En esta misma sección podrá consultar el calendario de los próximos encuentros y leer todos los que se han realizado hasta ahora.



Nos han nominado!



PREMIOS A LA MEJOR WEB

¡Nos han nominado! ¡Vote ya! Diariomedico.com ha sido nominado a los premios 'Mejor sitio web del año', en la categoría *Salud y Bienestar*. Puede ayudarnos a ganar votando en <http://www.lamejorpagina.com/vote.php?id=212> y asignando al portal las estrellas que considere oportunas en tres características: navegación, contenido y diseño. Sólo por participar entrará en el sorteo de un Ipad y una cámara Panasonic Lumix TZ10.

A PARTIR DEL 8 DE NOVIEMBRE
¡CONSÍGALO!
POR SÓLO **20€** POR UNIDAD + IVA*
HASTA FIN DE EXISTENCIAS

LAS DUDAS LABORALES MÁS FRECUENTES PARA EL MÉDICO ¡AHORA A SU ALCANCE!

JURISCESM

DIARIO MEDICO

ENTRE EN www.conferenciasyformacion.com/formacion Y OBTENGA SU LIBRO. GASTOS DE ENVÍO 3.50 EUROS por unidad + IVA*
*Excepción Canarias, Ceuta y Melilla.

SENADO LA MOCIÓN BUSCARÁ GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE PROFESIONALES Y PACIENTES

El PP pretende una regulación estatal para la cirugía estética

→ Está previsto que la Comisión de Sanidad del Senado estudie la semana que viene una moción con la que el PP pretende instar al Gobier-

no a regular la cirugía estética en el Sistema Nacional de Salud para dar respuesta a las necesidades de los profesionales y los pacientes.

■ J. M. J.

El Grupo Parlamentario Popular defenderá en la próxima reunión de la Comisión de Sanidad del Senado, en la que comparecerá José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, una moción con la que quiere garantizar la seguridad de profesionales y pacientes en el ámbito de la cirugía estética en España. Los populares esperan obtener el mayor respaldo posible del resto de partidos políticos para sacar adelante esta propuesta. El objetivo pretendido es llevar a la práctica una normativa para todo el Sistema Nacional de Salud que complementaría a las iniciativas que se han puesto en marcha en comunidades autónomas como Andalucía, donde los menores de edad deben realizar un examen psicológico que determine su grado de madurez y descarte desórdenes que contraindiquen la intervención.

Desde la Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, su presidente, Ezequiel Rodríguez, ha recibido de buen grado la iniciativa de los populares porque considera que "ha llegado el momento de regular con eficacia una cuestión que en países de nuestro entorno como Francia lleva tiempo controlada por ley".

Es una cuestión que, a su



El PP espera un respaldo mayoritario a su propuesta.

Los cirujanos plásticos reparadores y estéticos quieren que se garantice la seguridad del paciente y la formación continuada de los profesionales

parecer, "que los cirujanos europeos llevamos tiempo solicitando que se lleve a la práctica en todos los países miembros de la Unión y que desde España defendemos partiendo de dos prioridades: la seguridad para el paciente y la formación continuada para el profesional".

En el primer caso "es necesario que se garantice un acceso de los pacientes a las intervenciones quirúrgicas con seguridad y garantías de fiabilidad en el acceso a las intervenciones". En el se-

gundo supuesto, "la clave reside en que las administraciones garanticen una preparación completa de los profesionales, algo, por otra parte, que llevamos promoviendo cierto tiempo desde la sociedad", ha concluido Rodríguez.

Otros temas

Junto con la moción relacionada con la cirugía estética, el Partido Popular presentará en la próxima reunión de la comisión otras propuestas relacionadas con el desarro-

llo de la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica en lo que a los comités éticos se refiere. Además, planteará una moción con la que pretende instar al Gobierno a que cumpla las conclusiones alcanzadas en la ponencia de recursos humanos (ver DM del 13-X-2010).

Son cuestiones relevantes para el SNS, según Dolores Pan, portavoz de Sanidad del PP en la Cámara Alta, quien también ha comentado a este periódico su deseo de que la llegada de Leire Pajín al ministerio "suponga, a pesar del año y medio que le queda hasta que se celebren las elecciones, la resolución de los problemas pendientes de resolución desde que el Partido Socialista gobierna".

De momento, Pan espera obtener respuesta a las cuestiones que su grupo acumula sin resolver en el Senado en materia de Sanidad, aunque "me he informado y sólo la ministra podrá contestarnos pues Bibiana Aído, a pesar de ser la única secretaria de Estado del ministerio, sólo podrá atender cuestiones relacionadas con Igualdad".

DIARIO MEDICO.COM
Más información sobre las iniciativas presentadas en el Senado en nuestra página web.



Nuria Espí.



Carmen Moya.

POLÍTICA SUSTITUYE A CAMEN MOYA

Nuria Espí, nueva delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

■ Redacción

El segundo cambio en los puestos de mayor responsabilidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad desde que Leire Pajín tomó las riendas del departamento (ver DM del 21-X-2010) ha sido la sustitución de Carmen Moya por Nuria Espí al frente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Tras el cambio de Consuelo Sánchez Naranjo por Leandro González Gallardo en la subsecretaría de Sanidad y Política Social (ver DM del 2-XI-2010), el Consejo de Ministros dará hoy su visto bueno al cese de Moya tras seis años en los que ha puesto en marcha dos estrategias con las que retrasar la edad de inicio y evitar todo lo posible el consumo de sustancias adictivas.

Espí, administrativa de profesión, es responsable de políticas migratorias y servicios sociales en la

Cortes Valencianas. Ha participado en diferentes comisiones, entre las que destacan la de Mujer y las políticas de igualdad, la de Industria, Comercio y Turismo y la especial para el estudio de la violencia de género en la Comunidad Valenciana.

Trayectoria de Espí

Vinculada a Comisiones Obreras, Espí es responsable del área de Servicios Sociales de la Comisión ejecutiva del Partido Socialista de la Comunidad Valenciana desde hace trece años. Además, ha sido regidora del Ayuntamiento de Valencia, diputada provincial entre 1995 y 1999 y portavoz de política social del Grupo Parlamentario Socialista en la V y la VI legislatura.

Al igual que González Gallardo, Espí no atesora en su currículum experiencias profesionales relacionadas con el sector sanitario.

ASISTENCIA LA FADSP DENUNCIA LOS CONVENIOS SOBRE IT

El acceso del INSS a la historia clínica llega a la Agencia de Protección de Datos

■ Redacción

Tal y como ya informé este periódico, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (Fadps) ha denunciado ante la Agencia de Protección de Datos los convenios entre el Ministerio de Trabajo y las autonomías de Madrid, Murcia y Cataluña por los que se "se acuerda ejecutar un programa específico que desarrolla determinadas estrategias de gestión para mejorar la prestación de incapacidad temporal y estudio el comportamiento de los procesos de corta dura-

ción" (ver DM del 11-X-2010). En el documento se señala que estas autonomías, a través de sus consejerías de Sanidad y los servicios públicos de salud, se comprometen a "realizar las actividades encaminadas a capacitar a los Inspectores Médicos del INSS para el acceso informatizado a las historias clínicas desde su puesto de trabajo".

La Fadps manifiesta que se trata de una "medida desproporcionada que supone la posibilidad de que médicos inspectores ajenos al SNS tengan acceso de ma-

nera global e indiscriminada a la historia clínica de los ciudadanos para el control de una prestación económica por enfermedad, por lo que se trata de una vulneración de la Ley Orgánica de Protección de Datos".

Por tanto, ha solicitado a la Agencia de Protección de Datos que "se dicte acuerdo de inicio de procedimiento sancionador o de infracción de las administraciones públicas o se incoen actuaciones con objeto de determinar si concurren circunstancias que justifiquen tal iniciación".

DEMORAS A 30 DE SEPTIEMBRE, SEGÚN LOS DATOS DEL GOBIERNO

La espera media para intervenciones quirúrgicas es de 9,6 días en Madrid

■ Redacción

La demora media para ser sometido a una intervención quirúrgica en la Comunidad de Madrid se situaba a finales de septiembre en los 9,6 días.

Según los datos del Ejecutivo autonómico, el aumento de un 5,1 por ciento en las intervenciones quirúrgicas en la sanidad pública madrileña "permite mantener la estabilidad de la lista de espera y los tiempos de demora".

Además, 2.004.891 pacientes han sido intervenidos quirúrgicamente desde

que entró en vigor el compromiso de la presidenta de la comunidad, Esperanza Aguirre, de que ningún madrileño tuviera que esperar más de 30 días para ser operado.

Tras el habitual incremento posvacacional, el número de pacientes en lista de espera a 30 de septiembre era de 50.653 personas, es decir, prácticamente el mismo que a 31 de diciembre de 2009, cuando se registraron 50.689 personas.

Esta situación se ha producido a pesar de que las entradas en lista de espera

aumentaron un 4,8 por ciento respecto a los nueve primeros meses del año anterior como consecuencia del sostenido incremento que ha experimentado la actividad diagnóstica.

Públicos y privados

De este modo, durante los nueve primeros meses de 2010 han sido intervenidos 223.601 pacientes de la lista de espera quirúrgica, de los que el 93,7 por ciento han acudido a hospitales públicos y el 6,3 por ciento restante a centros concertados.

COHESIÓN JOSÉ M. FREIRE PIDE UNA LUCHA MÁS ACTIVA EN EL SNS

Evitar el fraude, el mayor reto del buen gobierno

→ José Manuel Freire, profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, apuesta por el buen gobierno como principal arma contra la corrupción y las prácticas incorrectas en el Sistema Nacional de Salud.

■ E. Mezquita

Valencia

El concepto del buen gobierno está cada vez más de moda en todos los ámbitos y los dos conceptos clave que lo definen son la transparencia y la rendición de cuentas, según José Manuel Freire, jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Instituto de Salud Carlos III (ver DM del 8-I, del 8-II y del 8-IX-2010).

Freire, que ha impartido la conferencia inaugural del IV Congreso Nacional de Inspección de Servicios Sanitarios, organizado por la Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios en Valencia, ha comentado que el buen gobierno en el ámbito sanitario "pretende mejorar la salud, dar respuestas a las necesidades de la población y proteger frente a la enfermedad". Para ello, "se basa en principios como la equidad, la efectividad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad, la participación social y la libertad y autonomía de los pacientes".

Los principales retos en el buen gobierno son "la gestión de los conflictos de interés y la lucha contra el fraude y la corrupción en el sector". De esta forma "será

La persona que se decida a denunciar fraudes en el sistema sanitario "debe ser protegida e incentivada", ha comentado Freire

Hay que promover una cultura política "que favorezca la evaluación y la despolitización" y una científica "basada en la evidencia y al servicio del paciente"

más sencillo que en España haya una preocupación real por el fraude y una lucha activa contra las prácticas incorrectas", así como por "proteger o incentivar a quien las denuncie".

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) "es importante apostar por un entorno político y social en el que la prioridad política se fundamente en los servicios públicos y en una Administración que priorice la profesionalidad, la transparencia y la eficiencia". La cultura política debe fomentar "la participación activa y democrática de los ciudadanos, incluyendo la evalua-

ción, el estudio y el debate sobre los problemas y sus soluciones".

Son cuestiones, según Freire, "que deben impulsarse por los órganos colegiados, por los consejos de administración, por los patronatos y por la profesionalización y la despolitización de los gestores, que deberían responder de su labor antes esos órganos colegiados".

Temas pendientes

Freire ha señalado tres grandes temas pendientes: la ciudadanía sanitaria desde la perspectiva del aseguramiento público como derecho cívico e igual para todos; la financiación del SNS, incluyendo mecanismos de compensación, cohesión e igualdad, y la mejora de la coordinación. Son cuestiones "que hacen necesario retomar la necesidad de crear una agencia en el SNS, que podría sentar las bases de un sistema de información conjunto para todas las comunidades autónomas e incluir la gestión de las bases de datos comunes, de la disponibilidad pública y de la difusión de la información".

Además, ha comentado, la agencia "podría facilitar o permitir las compensacio-



José Manuel Freire.

nes económicas entre autonomías por la prestación de atención sanitaria a pacientes de otras regiones, y propiciar servicios comunes al sistema sanitario, como, por ejemplo, "servir de patronal de los servicios autonómicos de salud para coordinación de las políticas de personal".

La creación de la agencia "obedecería a dos realidades palpables: la primera con las dificultades que tiene el Ministerio de Sanidad para ser gestor y árbitro del SNS en un país con rivalidades políticas entre regiones, y la segunda, las limitaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para realizar ese papel" (ver DM de ayer).

Finalmente, Freire ha comentado que junto con la cultura política, también es necesario desarrollar una cultura científica "que sea ética y eficaz, esté basada en la evidencia y se ponga al servicio de los pacientes". Todas las medidas que se apliquen "deben permitirnos contar con un mejor sistema sanitario del que ya tenemos", ha concluido Freire.

GALICIA PRESUPUESTOS 2011 PARA SANIDAD

Farjas dice que el catálogo farmacéutico podría costear los centros de pago aplazado

■ María R. Lago

Vigo

La Comisión de Economía del Parlamento de Galicia y el presupuesto de sanidad para 2011 fueron el lugar y motivo de una nueva declaración de la consejera Pilar Farjas en defensa del catálogo que priorice la prescripción de los medicamentos más baratos.

El PP superó la toma de consideración en la Cámara gallega con el apoyo del BNG. Farjas aseguró que con los 100 millones de euros que se ahorrarían en la factura farmacéutica se podrían costear las infraestructuras con pago aplazado durante veinte años, que corresponden a los hospitales de Vigo y Pontevedra y a 19 centros de salud.

Farjas solicitó al PSOE que pida al Gobierno de España el apoyo a esta medida, mientras Modesto Pose, portavoz socialista, contestó que está dispuesto a "hablar con serenidad de las medidas para racionalizar la factura de medicamentos", pero le espetó que los propios populares "confían poco en su catálogo al mantener el gasto farmacéutico previsto".

En su explicación sobre los presupuestos, Farjas destacó el personal y la atención primaria como prioridades. El 45 por ciento de la

dotación (1.560 millones del total de 3.704) se destinará a los profesionales y a su estabilidad laboral y su formación: "Trabajamos para mantener empleos y pagar puntualmente a trabajadores y proveedores". A principios de 2011 acabará la incorporación de las casi 6.000 plazas ofertadas de profesionales y durante el año finalizará el diseño del sistema de carrera profesional. Según la consejera, primaria recibirá una partida de más de 1.300 millones de euros, lo que supone el 37 por ciento de la cifra global.

La creación de nuevas infraestructuras tiene una partida de más de 220 millones de euros -97,5 millones más que en 2010- para construir 22 nuevos centros de salud, tres con financiación tradicional y 19 con pago aplazado, con una inversión de 51 millones. El nuevo hospital de Vigo recibe 75 millones y están consignados otros cuatro millones para expropiar los terrenos del nuevo hospital de Pontevedra.

Sin embargo, Pose puso de manifiesto que en los presupuestos sólo están consignados 64 millones para infraestructuras y acusó a la consejera de incluir en el montante el dinero de la financiación privada.

Metodología de la investigación: Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud
Master de investigación (60 ECTS) y Cursos de Formación continuada a distancia
 Director: Prof. José M Doménech Massons

FUNDAMENTOS DE DISEÑO Y ESTADÍSTICA (Inicio: 8 Nov 2010)
 ANÁLISIS MULTIVARIABLE: MODELOS DE REGRESIÓN
 Regresión lineal múltiple, logística binaria, multinomial, Poisson y binomial negativa. Supervivencia, regresión de Cox con variables dependientes del tiempo, eventos múltiples y riesgos competitivos.

PROCESO DE DATOS CON SPSS: Cursos Básico y Avanzado
 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN SANITARIA
 Fundamentos metodológicos y estadísticos. Estudios de cohortes, experimentales, casos y controles, transversales, ecológicos e híbridos. Estudios para pruebas diagnósticas y factores pronósticos.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS. METAANÁLISIS
 ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
 PREPARACIÓN DE PUBLICACIONES BIOMÉDICAS
 Escritura, publicación y lectura crítica de artículos científicos.

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS
 Medición. Desarrollo y adaptación de cuestionarios en Salud.
 ORDENADORES, INTERNET Y APLICACIONES INFORMÁTICAS
 Windows e Internet. Word para profesionales. Excel. Creación de presentaciones y pósters con PowerPoint.

DISEÑO Y GESTIÓN DE BASES DE DATOS CON ACCESS
 PROGRAMACIÓN EN VISUAL BASIC: Cursos Básico y Avanzado.

UAB
 Universitat Autònoma
 de Barcelona

Laboratori d'Estadística
 Aplicada
www.metodo.uab.cat
 Tel: 935 811 632 (9 a 14 h)

FARMACIA LAS EMPRESAS QUIEREN QUE SE SEPA QUE SON MÁS QUE CIFRAS ECONÓMICAS

La industria se plantea dar más protagonismo al paciente para dejar de ser "la mala de la película"

■ C. Fernández

Barcelona

"¿Por qué la industria farmacéutica es la mala de la película? ¿Qué ha hecho para ganarse esa reputación?", ha preguntado Pedro Nueno, profesor del IESSE en el encuentro *La industria sanitaria en 2020* celebrado en Barcelona (ver DM de ayer).

Víctor Grifols, presidente del Grupo Grifols, le ha respondido planteando que "es por cuestión presupuestaria a nivel gubernamental, porque la sanidad la paga la Administración".

Urs Schneider, director médico del área de salud de Philips, ha comentado que "la gente cree que la salud

es un derecho que debiera ser gratuito y considera que son las farmacéuticas las que se quedan con todo el dinero".

François Sarkozy, jefe de la consultora Publicis Healthcare Communications Group Limited, ha sugerido que comunicar resultados económicos anuales y no explicar bien cómo se desarrollan los nuevos fármacos "es una pena porque hace que lo único que quede es que esta industria hace mucho dinero".

Manuel García Garrido, director general de Boehringer Ingelheim España, ha propuesto "dar más voz a los enfermos a los que se

ha salvado la vida o a quienes han mejorado su calidad de vida".

Andreas Rummelt, miembro del comité ejecutivo de Novartis, ha dicho que "la reputación de la industria farmacéutica es mala, como la de las tabacaleras". No obstante, ha comentado que "seguirá siendo fuente de información para los médicos, amortizará su inversión en biotecnología y los consumidores tendrán mayor influencia sobre ella en el futuro".

El sector asegurador

Mientras tanto, en el sector asegurador "estamos aguantando la crisis", según Luis

Miguel Ávalos, director del Área de seguros personales de Unespa. Se mantienen los ocho millones de españoles con doble cobertura, pero también tienen problemas de financiación y envejecimiento.

A su juicio, "en España hay que avanzar más en la colaboración público-privada con concesiones administrativas como las de Alicia y Muface, Isfas y Mujaju". El beneficio "es que el Estado ahorra en gasto, los usuarios eligen y el sector privado puede disponer de una red propia en toda España. La sanidad privada descongestiona y evita listas de espera en la pública".

AP EL FORO ESPERA QUE LA MINISTRA LES RECIBA POR FIN COMO REPRESENTANTES DEL NIVEL

Primaria insta a Pajín a aplicar las primeras reformas urgentes

→ El Foro de Atención Primaria recuerda a la ministra de Sanidad que el primer paquete de medidas que este órgano ha consensuado para el

nivel es tan urgente como aplicable en el actual contexto de crisis. El primer paso, según el foro, es que Sanidad les reciba como tal de una vez.

Francisco Goiri

Casi un mes después de que el Foro de Atención Primaria solicitase una entrevista personal con la ministra de Sanidad para exponerle el catálogo de medidas urgentes que, a juicio de este órgano, necesita el primer nivel, la Administración sigue sin mover ficha. Ciertamente que en ese intervalo de tiempo el ministerio ha cambiado de titular, pero, como recuerda José Luis Garavis, vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), "el foro lleva pidiendo que le reciba el ministerio desde su fundación, y hasta ahora ha sido en vano. Ya no se trata de que Leire Pajín lleve más o menos tiempo en el cargo, sino de que las reformas que hemos planteado son inaplazables. A la habitual desidia de la Administración se suma el permanente cambio de interlocutores, lo que retrasa aún más el proceso".

Como actual portavoz del Foro de Primaria (la portavoz la asume la organización que acoge el último encuentro, y lo hace hasta que se celebra el siguiente), Semergen recuerda a la ministra que el primer catálogo de medidas que han consensuado las organizaciones del primer nivel es tan urgente como aplicable en el actual contexto de crisis, pues, so-



Más allá de vacíos compromisos verbales

Trinidad Jiménez aprovechó su presencia en el último congreso de Semergen (ver DM del 11-X-2010) para asumir su último compromiso (al menos verbal) con primaria como titular de Sanidad. Más allá de su protocolario y genérico apoyo a los profesionales, su sucesora no ha hecho todavía ninguna mención explícita a la necesaria mejora del primer nivel. Aun así, los médicos esperan algo más que palabras.

bre el papel, no requiere inversión alguna (ver DM del 16-IX-2010).

"Ni siquiera la socorrida crisis sirve como excusa para no abordarlas, porque estamos hablando de mejoras organizativas y de gestión que ya se aplican en algunas comunidades y que no su-

pondrían desembolso alguno para el resto", afirma Garavis. Entre ellas, el vicepresidente tercero de Semergen insiste en "la cada vez más acuciante necesidad de reducir la burocracia superflua, y para ello no hay mejor solución que traspasar ese exceso de burocracia a

quien la genera, ya sea la propia Administración autonómica o el especialista de turno. Obviamente no es la panacea, pero es una primera solución que sólo requiere coordinación, buena voluntad y ponerse a ello".

Sólo un primer paso

La nómina de reformas que el Foro de Primaria considera tan urgentes como aplicables incluye una mejora en la distribución y reorganización de los centros de salud en todo el SNS y facilitar la participación activa del profesional en la toma de decisiones. Según el representante de Semergen, "a veces bastaría con que el médico diseñe personalmente una agenda que habitualmente es inflexible, impuesta desde arriba y, en consecuencia, harto ineficaz".

Garavis recuerda al ministerio que éstas son sólo las primeras reformas y que el resto no serán tan fáciles ni tan baratas: "Tenemos una primaria que en términos relativos está costando mucho menos que la atención hospitalaria y, tarde o temprano, será preciso aumentar la inversión presupuestaria en el primer nivel".

El foro espera tener noticias de Pajín antes de su próximo encuentro, previsto para el 24 de noviembre y con CESM como anfitrión.



Íñigo Noriega, presidente del CEEM.

GRADO ENCUENTRO EL 23 DE NOVIEMBRE

El CEEM pedirá a Educación el máster antes de Navidad y el sí oficial al distrito único

I.A.S.L.

Las LXII Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina celebradas en Sevilla han servido para dos cosas: para ratificar en el cargo al presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), Íñigo Noriega, por un año más, y para insistir en los alumnos van de la mano de la de los decanos de las facultades de Medicina en cuestiones como la necesidad de impulsar ya el máster de Medicina, el no rotundo a la creación de nuevas facultades en España y el apoyo definitivo al distrito único, una cuestión sobre la que el órgano de representación oficial de los estudiantes aún no se había pronunciado con firmeza.

Precisamente estos serán los asuntos prioritarios de la próxima reunión entre la directiva del CEEM y el director general de Política Universitaria del Ministerio de Educación, Juan José Moreno Navarro, prevista para el 23 de noviembre.

Sobre el incremento de las facultades de Medicina -este curso han arrancado cinco nuevos centros y ya hay 40 facultades en España (ver DM del 7-VII-2010)-, Noriega ha destacado que piensa hacer llegar a la Administración "un mensaje contundente" en contra de la tendencia de las comunidades autónomas a abrir centros como respuesta a corto plazo al aparente déficit de médicos que padece el Sistema Nacional de Salud.

Con respecto al marco legal para el desarrollo del título de máster con los

El órgano de representación oficial de los alumnos de Medicina reivindica más formación en cuidados paliativos durante la carrera

nuevos planes de estudio que impone la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, el CEEM quiere que Educación ponga en marcha los criterios oportunos "antes de Navidad", ya que en junio saldrán las primeras promociones de Medicina con el título de grado.

Listas únicas

Sobre el distrito único para el acceso a la carrera, Noriega considera que es una demanda de sentido común para paliar el desorden que se vive en las facultades con el nuevo ingreso. Según él, "la situación requiere una lista única" que salvaguarde la igualdad en el acceso al grado en la carrera con más demanda del país.

Entre otras cuestiones, estas jornadas han servido para reivindicar más formación en cuidados paliativos en los planes de estudio, al igual que en su día solicitaron más contenidos de bioética. Precisamente la portavoz del Grupo de Bioética del CEEM, Julia Bernal, responsable en parte de la buena respuesta que el entorno académico ha dado a esta reivindicación, ha sido designada en este encuentro nueva vicepresidenta de Asuntos Externos del órgano estudiantil.

BALEARES CONTRA LA LEY AUTONÓMICA

Simebal impugna el recorte salarial ante los tribunales

Redacción

El Sindicato Médico de Baleares (Simebal) ha recurrido ante los tribunales las instrucciones de confección de nóminas del Servicio de Salud (Ib-Salut) dictadas el pasado junio. El sindicato pide al juzgado que plantee ante el Tribunal Constitucional la probable inconstitucionalidad de los artículos que imponen, "sin negociación sindical alguna", la rebaja de salarios de los empleados públicos contenida tanto en el real decreto 8/2010 (aprobado por el

Ejecutivo de Rodríguez Zapatero) como en la ley autonómica 6/2010, refrendada por el Parlamento balear. El Sindicato Médico alega que la norma regional no sólo traspone el ordenamiento de la Administración central en las islas, sino que suspende la aplicación de varios acuerdos autonómicos, como el de carrera profesional. En concreto, Simebal ha denunciado que la Administración no ha hecho efectivo este año el pago de los atrasos de la carrera (ver DM del 25-VI-2010).

PAÍS VASCO PROTESTA SEMANAL INDEFINIDA

Los sindicatos denuncian el deterioro laboral en Cruces

Redacción

Los sindicatos con representación en el hospital bilbaíno de Cruces (UGT, CCOO, ESK, ELA, LAB y Satse) han iniciado esta semana concentraciones periódicas de protesta para denunciar que las condiciones laborales de sus trabajadores "están empeorando de forma alarmante". Los sindicatos afirman que la Gerencia del centro aprovecha "la cantinela de la reducción del gasto en momentos de crisis económica para aplicar recortes drásticos en la contratación de personal y en los derechos

de los profesionales del hospital". En concreto, señalan que durante el último año "se han amortizado varios puestos de trabajo, se han dejado de contratar sustitutos para las acumulaciones de tareas y se ha reducido la contratación para cubrir las ausencias por permisos, licencias, vacaciones o incapacidades temporales".

Los representantes sindicales aseguran que seguirán con sus concentraciones semanales de protesta de forma indefinida hasta que la dirección del centro se avenga a negociar.

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

COMPETENCIA PROFESIONAL Conseguir una eficaz protección, promoción y ayuda a la lactancia natural depende, en gran medida, de la actuación del pediatra y el obstetra. Estos profesionales no suelen estar en contra de esta práctica, pero tampoco hacen nada por fomentarla. Para

restablecer una cultura de lactancia en España, donde la alimentación artificial ha sido la norma durante años, hay que hacerlo con formación. La reforma de Bolonia permitiría que se crease un máster en lactancia e incluso que se incluyeran como créditos cursos sobre el tema.

Lactancia materna... no sabe, no contesta

■ Alicia Serrano

La leche materna es el alimento perfecto para los recién nacidos y niños pequeños. En España, el Gobierno, la industria farmacéutica, los obstetras y los pediatras aseguran que son conscientes de las virtudes de amamantar. Pero lo dicen con la boca pequeña...

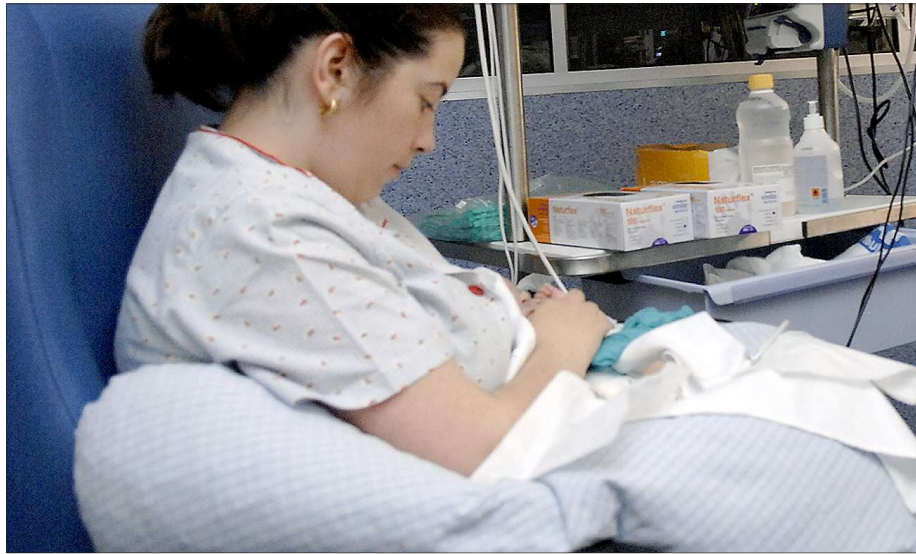
Los índices de lactancia en España siguen por debajo de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Unicef, y en los hospitales apenas se fomenta esta práctica. Se sigue ofreciendo a los recién nacidos biberones con leche de fórmula, desoyendo las recomendaciones internacionales que aconsejan no hacerlo salvo que esté médicamente indicado. De hecho, sólo el uno por ciento de los centros sanitarios españoles está acreditado como *Amigo de los niños*, frente al 98 por ciento en los países nórdicos. Los profesionales de los hospitales galardonados con este título, que otorga la Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia (Ihan), están preparados para prestar una atención específica durante el periodo perinatal, de manera que los cuidados dados a la madre y al recién nacido no obstaculicen la lactancia natural.

Principales escollos

El entorpecimiento a este tipo de crianza empieza incluso antes de que la madre dé a luz. En el primer nivel asistencial, por ejemplo, se suele regalar sucedáneos de leche materna y chupetes a las embarazadas.

"Los profesionales de la salud están muy condicionados por la industria farmacéutica. Mientras nuestra formación esté en manos de los laboratorios y aceptemos regalos o entreguemos a las madres muestras de leche de vaca, la lactancia seguirá estando sometida a presiones de todo tipo", explica Maite Hernández, coordinadora del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

El principal escollo para promover la lactancia natural viene de la mano de los



La lactancia materna se debe iniciar durante la media hora después del parto.

pediatras y obstetras, sobre todo los de la vieja guardia. "Muchos consideran esta práctica de escaso interés científico, cuando no un problema de mujeres activistas, activistas, talibanes o que han decidido asumir un martirologio, como decía una eminente política en un periódico nacional", asegura Hernández.

Ante el desconocimiento, mayor formación. O al menos ésta es la solución que proponen la Organización Mundial de la Salud y Unicef para restablecer una cultura de la lactancia en países como España, donde la alimentación artificial ha sido considerada la norma durante varios años o inclu-

so generaciones. "Lactar tiene efectos beneficiosos para las madres, las familias, la comunidad, el sistema sanitario y social, el medio ambiente y la sociedad en general", explica David Byrne, comisario europeo para la Salud y Protección al Consumidor.

Lo cierto es que la lactancia materna es un tema sobre el que siempre se ha pasado de puntillas en las facultades de Medicina. En algunas universidades y colegios profesionales empiezan a surgir cursos de posgrado y de formación continuada sobre este tema, especialmente para Enfermería y matronas, pero no hay nada para pediatras y ginecólogos. "La

reforma de Bolonia permitiría que se organizara un máster en lactancia materna, e incluso que se incluyeran cursos sobre el tema como créditos de libre elección. Dudo de que ahora exista algo de este tipo en alguna facultad española de Medicina", dice Hernández.

Más formación

Desde hace tres años, la AEP, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Aepap) y la Ihan organizan cursos para residentes de Pediatría y Ginecología de primer y segundo año donde se hace especial hincapié en la importancia del apego y la alimentación del recién nacido. El grado de

aceptación de estos cursos es altísimo e incluso hay lista de espera para el próximo año. "Las nuevas generaciones van a liderar el cambio. Son más abiertas, reconocen la importancia de la medicina basada en la evidencia y, de momento, están menos influidas por la industria", explica la coordinadora del Comité de Lactancia Materna de la AEP. También hay cursos de formación para profesionales liderados por la Ihan y por las comunidades autónomas, aunque son pocos los pediatras y ginecólogos que participan.

El objetivo de estas iniciativas es que los profesionales de salud implicados asuman como una tarea propia el cambio hacia formas de trabajo que apoyen y promuevan un inicio a la vida óptimo. "Buscamos que adopten las recomendaciones de la Ihan, respeten escrupulosamente el código de comercialización de sucedáneos, sigan los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, y que atiendan el parto según las últimas recomendaciones aprobadas", afirma Hernández.

Es cierto que la mayoría de los pediatras y ginecólogos no se cuestionan las bondades de lactar, pero tampoco hacen nada para promocionar esta práctica. "Estamos a favor, aunque



Maite Hernández, de la AEP.

Mientras nuestra formación esté en manos de los laboratorios o aceptemos regalos, la lactancia estará sometida a presiones

HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL

Hace dos décadas, la OMS y Unicef elaboraron diez pasos que deben seguir los servicios de maternidad para promover una buena lactancia natural. En España no se cumplen todos:

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia que conozca el personal de atención de la salud.
- Capacitar al personal para poner en práctica esa política.
- Informar a las embarazadas de los beneficios de lactar y cómo hacerlo.
- Ayudar a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Mostrar cómo dar de mamar y cómo

mantener la lactancia si las madres han de separarse de sus hijos.

- No dar a los recién nacidos más que leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.
- Fomentar grupos de apoyo y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

ESTÉTICA

Condena por aplicar un láser por un técnico sin formación

Europa Press Valladolid

La Audiencia Provincial de Valladolid ha condenado a un centro de estética a indemnizar a una mujer con 13.028 euros por las quemaduras que sufrió al ser sometida a un tratamiento de depilación láser aplicado por un técnico sin formación para ello.

El fallo de la audiencia confirma la condena acordada por el Juzgado de Primera Instancia número 6 de Valladolid, que estimó que la actuación del técnico que aplicó el láser a la afectada (empleado de la entidad demandada sin formación médica alguna) fue la causa de las quemaduras que la mujer sufrió en las ingles y las piernas.

Además, los daños precisaron tratamiento médico y dermatológico, por los que el juzgado estimó una indemnización inferior a la fijada ahora por la Audiencia de Valladolid.

Los magistrados de la audiencia confirman aquella resolución en todos sus términos y elevan la cuantía de la indemnización, atendiendo los motivos esgrimidos por la actora en su recurso.

Perjuicio superior

La Sala entiende que el perjuicio estético que se produce a la paciente, de 33 años en el momento en el que sucedieron los hechos, es muy superior al que en su momento fue valorado por el juzgado de instancia, atendiendo además al motivo que llevó a la mujer a someterse al tratamiento de depilación láser, que era la mejora de su aspecto estético, preocupada por su imagen y aspecto físico.

Así las cosas, el perjuicio es mayor y, por tanto, también ha de serlo la indemnización por los daños ocasionados. La resolución judicial admite así las argumentaciones de la asociación El Defensor del Paciente, que representó a la perjudicada en el proceso judicial.

AUDIENCIA UNA MUJER DEMANDA AL ESTADO POR NO VACUNARLA CONTRA LA POLIOMIELITIS

En daños por políticas sanitarias se piden pruebas individuales

→ La Audiencia Nacional ha desestimado la reclamación de una mujer que sufre las secuelas por una poliomielitis contra la que no fue vacunada.

Soledad Valle

Una mujer que nació en 1966 en un hospital de Barcelona interpuso una demanda contra el Ministerio de Sanidad porque no fue vacunada contra la poliomielitis, enfermedad que sufrió a los 11 meses de vida. Como consecuencia, la mujer padece numerosas secuelas. En 2003 un hospital de Madrid le diagnosticó el síndrome pospolio, que fue el argumento principal para declararle una incapacidad permanente absoluta. La mujer solicitaba una indemnización de 500.000 euros por lo que consideraba que había sido un mal funcionamiento del servicio público sanitario. La reclamación señalaba que "ante una situación de epidemia y pese a que en otros países ya se ad-

ministraban vacunas eficaces en la década anterior, en España sólo hubo una campaña piloto en 1963 y de carácter voluntario". La Administración desestimó su demanda por considerar que los hechos se encontraban fuera de las competencias del Estado central y, además, habían prescrito.

Ahora la Audiencia Nacional ha dictado sentencia en la que también desestima la reclamación de la mujer, pe-

ro sin coincidir en los motivos argumentados por la Administración; es más, refutando cada uno de ellos. La Audiencia Nacional considera que, pese a que el daño pueda referirse a un grupo de personas, "se exige del reclamante una prueba individualizada". La Audiencia advierte que "es insuficiente apelar, sin más, a consideraciones críticas sobre el desarrollo de una acción de política sanitaria", como hace la demandante al criticar que la vacuna no fuera obligatoria cuando sí lo era en muchos países europeos y, además, se había sufrido en España una reciente epidemia.

El tribunal acepta la responsabilidad del Estado en la campaña de vacunación, pero dice que le faltan datos para valorar el caso de la mujer.

La sentencia admite que nada se sabe de lo que le sucedió a la mujer entre su nacimiento y el diagnóstico de poliomielitis

miento, el correcto funcionamiento del servicio".

Entre las cuestiones más interesantes de la resolución está que la Audiencia admite que la demandante apela al nivel de la Administración acertado, que es el Estado central, pues la decisión sobre estrategias de política sanitaria ante situaciones de epidemias es una competencia del Ministerio de Sanidad. En cambio, la resolución administrativa que negó la reclamación de la mujer no reconoció este punto.

Otro aspecto en el que la Audiencia discrepa con la resolución ministerial es que los hechos que se enjuician ya habrían prescrito, pues transcurrieron alrededor de cinco años desde la declaración de incapacidad permanente de la demandante hasta que ésta presentó su primera demanda patrimonial a Sanidad. Sin embargo, la Audiencia considera que en la patología de la mujer se aplica el mismo criterio que en el de los contagiados por el virus de la hepatitis C. Es decir, es un caso de daño continuado e ininterrumpido, en el que "el plazo de ejercicio de la acción queda abierto hasta que se concreten definitivamente las secuelas", que no es con la valoración de su incapacidad.

Pero, a pesar de todos los reconocimientos que la sentencia hace sobre la corrección formal de la demanda, que incluye la valoración de informes sobre la política de vacunación contra la poliomielitis llevada a cabo en los años 60, la Audiencia Nacional concluye: "Fuera de lo que son datos referidos a hechos colectivos o globales, nada se sabe de lo que le sucedió a la actora entre su nacimiento y el momento en que se le diagnostica la poliomielitis".

ÉTICA

Guía de buenas prácticas en la recogida de sangre de cordón

Redacción

El Comité Bioético y Médico-Científico de VidaCord ha publicado un informe sobre las buenas prácticas aconsejables para las empresas dedicadas a la obtención, procesamiento y conservación de la sangre de cordón umbilical en España.

El informe, presentado por César Nombela, presidente del comité bioético y médico científico de VidaCord, tiene en cuenta la proliferación en España de las empresas privadas que ofrecen a las familias servicios de conservación de células madre de sangre del cordón umbilical (SCU) de sus hijos.

La guía "asegura el trabajo adecuado en cuanto al transporte, manejo y conservación" y analiza la utilidad de la sangre de cordón umbilical, explicando brevemente cuál es su naturaleza y qué razones llevan a conservarla. El informe advierte de las prácticas erróneas como las de ofrecer guardar un trozo del tejido de cordón conjuntamente con su sangre, pero sólo extraen el ADN y no conservan las células mesenquimales procedentes del tejido, que "son las que resultan más útiles para su uso en medicina regenerativa".

Frente a la posibilidad de no procesar la unidad antes de congelarla, Nombela aclara que al hacerse así se estropean las células madre que se guardan. Sólo se explica este proceder por el ahorro en costes que supone no procesarlas, pero el deterioro que produce en las células no justifica hacerlo así.

Por otra parte, el informe lamenta que algunas autoridades sanitarias insistan en transmitir el mensaje de que el trasplante de este tipo de células para uno mismo no es posible. Si bien es cierto que, en el caso de que la enfermedad sea de origen genético, no servirían las células madre del cordón, "si la enfermedad es adquirida sí serían útiles".

PUBLICITAR LAS CAMPAÑAS ES UNA OBLIGACIÓN

Los tribunales no encontraron que faltara ningún detalle para poder juzgar el caso de una niña que sufre importantes secuelas como consecuencia de una meningitis contra la que no pudo recibir una segunda vacuna por una campaña de información deficiente. La Sala Contencioso-administrativa del Tribunal Supremo revocó un fallo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha y condenó a la Junta castellanomanchega a indemnizar a los padres de la menor con 800.000 euros. El fallo achacó a la Administración autonómica una deficiente información en



la campaña de vacunación del año 2000, que impidió a los padres la opción de revacunar a su hija, provocando así una pérdida de oportunidad. (ver DM del 8-VII-2010).

SIN COMPETENCIAS TRANSFERIDAS

El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León condenó a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) a indemnizar con 287.000 euros a una mujer que sufre importantes secuelas debido a un exceso en los cambios de la prótesis respiratoria que llevaba. Los hechos juzgados ocurrieron entre 1992 y 1999, cuando las competencias de Sanidad todavía no estaban transferidas a las comunidades autónomas, algo que no sirvió a la defensa del Sacyl para evitar la condena del TSJ. Tampoco fue un argumento considerado por el tribunal autonómico que los cambios de prótesis

de la paciente, que fueron juzgados como una mala praxis, ocurrieran en un hospital de Barcelona y no en un centro de Castilla y León (ver DM del 1-X-2010).



ÉTICA MARCOS GÓMEZ SANCHO, EXPERTO EN CUIDADOS PALIATIVOS

"No hay que dar fechas en la esperanza de vida"

→ Comunicar las malas noticias es un tema pendiente en la profesión médica. Marcos Gómez Sancho y Javier Rocafort, expertos en cuidados paliativos, advierten del error de dar fechas exactas sobre el tiempo de vida.

■ S.V.

"La obligación del médico de informar al paciente sobre su enfermedad es humana, ética, médica y legal. En este orden de importancia, porque si sólo se hace por una obligación legal se puede caer en un encarnizamiento informativo". Así se pronunció ayer Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) en la presentación del documento *Cómo dar bien las malas noticias*, elaborado por la OMC (ver DM del 24-IX-2010).

El experto en cuidados paliativos fue muy crítico con la formación del facultativo en la comunicación de las malas noticias y señaló que "se emplean cientos de horas en enseñarnos cómo diagnosticar enfermedades

"La campaña de la DGT ha causado un auténtico estupor en la profesión sanitaria, al dar la muerte de un familiar por teléfono", dice Gómez Sancho

rarísimas que nunca nos vamos a encontrar y ni un solo minuto en cómo dar bien las malas noticias".

La deficiencia de formación del médico en este campo se refleja cuando tiene que responder a la pregunta del paciente sobre cuánto tiempo le queda de vida. Según el experto, muchos profesionales responden al enfermo detallando en meses su fecha de fallecimiento, algo que no deberían hacer. "Las estadísticas dicen que el enfermo en es-

tado terminal suele durar tres meses y, por eso, se da esa cifra, pero no se puede informar con fechas exactas sobre la esperanza de vida. Hay que contestar de manera más ambigua, más acorde con lo que sabemos".

Gómez Sancho recordó que el compromiso de comunicar del profesional sanitario es con el paciente, no con su familia, que en la mayoría de los casos impide que el enfermo conozca su situación, "porque son familias latinas, proteccionistas; esto ocurre en España, pero no en Londres o Estocolmo". Sobre esta cuestión, Javier Rocafort, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, informó de que "en el 50 por ciento de los casos, las familias se interponen entre el médico y el paciente para que el profesional no detalle al enfer-



Marcos Gómez Sancho, Juan José Rodríguez Sendín, Yolanda Martínez (moderadora) y Javier Rocafort, ayer en la sede de la Organización Médica Colegial (OMC) en Madrid.

mo su situación". Rocafort apeló a una mayor sensibilidad en la comunicación de las malas noticias en todos los ámbitos profesionales, pues "de cada millón de habitantes en España 2.000 están en la fase final de su vida".

Como ejemplo de lo que no se debe hacer, Gómez Sancho se refirió a la campaña de comunicación de la Dirección General de Tráfico (DGT), en la que a una mujer se le informa por teléfono de la muerte de un familiar. "La campaña de la DGT ha causado auténtico estupor en la profesión sani-

taria. La comunicación de una muerte debe ser en persona. La boca dice la verdad y la mano da el confort y el soporte".

La obligación de informar al paciente sobre su estado de salud es reciente en nuestro ordenamiento jurídico. En 1984 la Carta de Deberes y Derechos del Insalud recogió esta obligación, que no adquirió rango normativo hasta la Ley General de Sanidad en 1986 y, de una manera más extensa, en la Ley de Autonomía del Paciente de 2002. En este sentido, Gómez Sancho recordó las excepciones al deber del

profesional sanitario, "cuando el facultativo sospecha que esa información va en perjuicio del enfermo y cuando el paciente rechaza saber su situación". El presidente de la Deontológica de la OMC afirmó que el médico debe encontrar un lugar tranquilo adecuado para dar las noticias difíciles, que, insistió, "no pueden transmitirse en un pasillo".

DIARIO MEDICO.COM
El texto completo de *Cómo dar bien las malas noticias* se puede consultar en nuestra web

EL PACIENTE CON EPOC: RETOS A SUPERAR

10 de noviembre 2010

Moderador DR. JULIO ANCOCHEA

[Jefe de servicio de neumología del Hospital La Princesa - Coordinador científico de la Estrategia Nacional en EPOC].

Prevalencia y epidemiología de la enfermedad. Estrategia del Sistema Nacional de Salud

DR. AGÜERO BALBÍN

[Jefe de servicio de neumología del Hospital Universitario Márques de Valdecilla]

Combatir la EPOC desde las comunidades autónomas: Metodología y diferencias

DR. JOSE LUIS IZQUIERDO

[Servicio de neumología del Hospital Universitario Guadalajara]

Tratamiento de la patología y novedades: Inflamación, fenotipos y exacerbaciones

DRA. MYRIAM CALLE

[Coordinadora nacional grupo de EPOC de SEPAR - Servicio Neumología Hospital Clínico San Carlos]

Itinerario del paciente con EPOC, ¿está bien diagnosticado?

Dña. LAURA FERNÁNDEZ

[Foro Español de Pacientes y Fundación Biblioteca Josep Laporte].

Calidad de vida del paciente con EPOC

SIDA LAS DIFERENCIAS EXPLICAN CÓMO SE MANTIENEN ASINTOMÁTICOS SIN FARMACOTERAPIA

Hallan variaciones moleculares en los controladores del VIH

→ Una serie de polimorfismos y, sobre todo, de cambios en los aminoácidos de la proteína HLA-B explican en parte cómo algunos pacien-

tes infectados por el VIH pueden evitar la replicación del virus sin ayuda de la terapia farmacológica. El estudio se publica hoy en *Science*.

■ **Sonia Moreno**

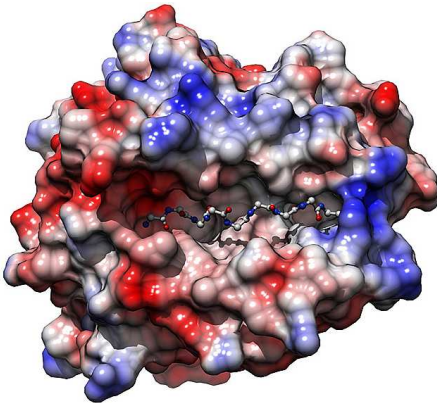
Un estudio internacional multicéntrico, con la participación de dos centros españoles, ha identificado una serie de variaciones moleculares, que atañen a genes y aminoácidos, asociados a los llamados controladores de élite, aquellos pacientes infectados por el VIH que mantienen la carga viral prácticamente indetectable sin recurrir a la terapia farmacológica.

El estudio Internacional de Controladores del VIH aúna a más de 300 científicos de unos 200 centros de todo el mundo, entre ellos, los investigadores Josep Maria Llibre, de la Fundación Lucha contra la Sida, en Barcelona, y Berta Rodés, de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Carlos III, de Madrid. El trabajo está coordinado por Bruce Walker, director del Instituto Ragon del Hospital General de Massachusetts (MGH) y por Paul de Bakker, del Instituto Broad en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT) y Harvard. Este consorcio internacional de investigadores busca desde hace unos años reunir datos de los escasos controladores de élite -uno de cada 300 pacientes seropositivos- para estudiar las bases comunes que explican cómo logran suprimir la replicación del virus.

En concreto para este trabajo, cuyos resultados publica hoy *Science*, se incluyeron a 974 controladores de élite y a 2.648 pacientes con la infección progresiva a modo de grupo control; de todos ellos, 1.712 eran caucásicos. La bióloga Berta Ro-



Berta Rodés, de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Carlos III, de Madrid.



Proteína HLA-B

El trabajo ha identificado como relevantes cinco posiciones en la región (una especie de hendidura) de la proteína HLA-B donde se une el péptido del virus. Ese lugar de unión es donde se registran los cambios en la estructura y puede influir en cómo se adhiere el péptido del virus. El hallazgo sugiere que el proceso de la infección comienza con la manera en que los antígenos del péptido viral se unen a las proteínas HLA, que influirán en las células T que reconocen y destruyen las células infectadas.

dés, que ha aportado las muestras de 21 pacientes no progresores, la gran mayoría con carga indetectable, ha explicado a DM cómo la primera parte del trabajo consistió en un estudio de asociación pangenómica (GWAS, en las siglas inglesas).

A partir de este análisis se

observaron unas 300 diferencias entre los grupos de pacientes controladores y los progresores. Todas esas variantes se encuentran en la región del cromosoma 6 relacionada con el complejo mayor de histocompatibilidad, en concreto con las proteínas HLA.

Los resultados confirman otros obtenidos en trabajos similares, con cohortes más pequeñas, que ya apuntaban a la misma región de HLA. También confirman algo observado previamente: que ciertos alelos, como el HLA-B5701 y el HLA-B2705, se asocian con los pacientes no progresores.

Pero el estudio, en una segunda fase, ha relacionado a los polimorfismos hallados con los cambios en los aminoácidos que se producen en la citada región cromosómica. Así, los investigadores han visto que determinados

cambios en los aminoácidos se asocian de forma más robusta con el control de la infección que la que se desprendía de los polimorfismos.

Esto supone un paso más en la explicación de cómo los controladores consiguen mantener a raya al virus, pero desde luego no es la definitiva: "La respuesta inmune no es sólo la adaptativa; también influyen la innata, la labor de los anticuerpos neutralizantes y la capacidad replicativa de los diferentes tipos de virus, entre otros factores. Pero el trabajo sí es importante en el sentido de que aclara algo más la respuesta inmune celular, qué péptidos pueden adherirse mejor o peor, y esto podría ser útil, hipotéticamente, para el desarrollo de vacunas", apunta Rodés.

■ (*Science* DOI: 10.1126/science.1195271).

INFECCIOSAS EXPRESA CYLD Y MKP-1

'Klebsiella pneumoniae' usa los mismos mecanismos de acción que los corticoides

■ **Redacción**

Klebsiella pneumoniae es un patógeno humano causante de neumonías que constituye un problema sanitario mundial por su resistencia a muchos antibióticos, según la Organización Mundial de la Salud. Las infecciones por esta bacteria son especialmente graves en neonatos y en pacientes hospitalizados, con tasas de mortalidad superiores al 70 por ciento. Sin embargo, eran prácticamente desconocidas las estrategias empleadas por la bacteria para infectar.

Un equipo del Ciber de Enfermedades Respiratorias (Ciberes), perteneciente al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y a la Fundación Caubet-Cimera, en Mallorca, ha descubierto que *Klebsiella* impide que las células infectadas activen una respuesta inflamatoria defensiva, lo que permite la supervivencia de la bacteria en el pulmón. Curiosamente, la estrategia empleada por el patógeno es similar al mecanismo de acción de uno de los corticoides. Los resultados del estudio se publican en el último número de *Cellular Microbiology*.

Los investigadores han descrito que *Klebsiella* bloquea la activación de las dos principales vías de señalización celulares necesarias para la producción de la IL-8, imprescindible para reclutar fagocitos y activarlos para eliminar la bacteria.

En el citado trabajo se han descubierto las bases moleculares del proceso y se ha encontrado que la

bacteria induce la expresión de dos proteínas, CYLD y MKP-1, que la propia célula emplea para regular su respuesta ante una infección.

■ **Cambio de concepto**

El estudio supone un cambio conceptual del conocimiento que hasta hora se tenía sobre las estrategias empleadas por los patógenos para evitar que las células activen mecanismos defensivos. Así, este trabajo demuestra por primera vez que *Klebsiella* manipu-



José Antonio Bengochea.

la la actividad del receptor celular NOD1, que el organismo emplea para detectar una infección.

"Este estudio tiene importantes repercusiones terapéuticas. El hecho de que los corticoides compartan el mecanismo de acción de la bacteria puede llevar a replantear su uso en el tratamiento de los pacientes infectados por *Klebsiella*, ya que su empleo facilitaría la infección por este patógeno", ha afirmado José Antonio Bengochea, coordinador del estudio e investigador del Ciberes.



Cultivo de la bacteria *Klebsiella pneumoniae*.

LA 'ÉLITE' DE LOS LTNP

Los pacientes no progresores de larga duración (LTNP, en sus siglas inglesas) intrigan desde hace años a los investigadores del VIH/sida. Un sector piensa que pueden tener la llave del tratamiento e incluso de la vacuna contra el sida. El concepto LTNP alude a los pacientes infectados con un nivel de CD4 por encima de 500, con unos diez años de infección documentada y que están asintomáticos sin la medicación. Los controladores de élite, un término más reciente, se definen en cambio por la carga viral, que debe ser indetectable, por debajo de 50 copias de ARN/ml en plasma, siempre sin medicación. En el trabajo se incluyeron a no progresores con una viremia muy baja: menos de 2.000 copias de ARN/ml.

HEPATOLOGÍA DATOS DEL ESTUDIO ESPAÑOL 'ORIENTE' REALIZADO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Entecavir reduce la carga viral en pacientes con hepatitis B

→ El estudio *Oriente* confirma que la terapia en primera línea con entecavir puede reducir la carga viral a niveles indetectables. Los resulta-

dos se han presentado en el LXI Congreso Americano de Enfermedades del Hígado que se ha celebrado en Boston, Estados Unidos.

■ **Mar Sevilla Martínez** Boston

El estudio español *Oriente*, realizado en condiciones de práctica clínica real, revela que la terapia con entecavir, comercializado por Bristol-Myers Squibb como *Baraclude*, en pacientes con hepatitis B reduce la carga viral a niveles muy bajos durante un periodo de tiempo prolongado. Los resultados del estudio se han presentado durante el LXI Congreso Americano de Enfermedades del Hígado que se ha celebrado en Boston, Massachusetts (Estados Unidos).

"La mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha han sido ensayos clínicos. Sin embargo, el estudio *Oriente* se ha efectuado en pacientes con hepatitis B en condiciones de práctica clínica real", explica María Buti, autora de la investigación y jefe del Servicio de Hepatología del Hospital Universitario Valle de Hebrón, en Barcelona. "El problema con los ensayos clínicos es que se hacen sobre una muestra de pacientes seleccionados".

Se trata de un estudio multicéntrico en el que han participado 25 hospitales españoles para evaluar la eficacia de entecavir durante un año. Los especialistas han trabajado sobre una muestra de 190 pacientes con hepatitis B crónica que no habían sido tratados anteriormente. "La mayoría de los pacientes eran hombres con una media de 44 años y con características diferentes: hipertensión, diabetes, fibrosis, cirrosis, alcoholismo, fumadores, nefropatías,



María Buti, autora del estudio y jefe del Servicio de Hepatología del Hospital Valle de Hebrón.

GARANTÍAS A LARGO PLAZO

En el LXI Congreso Americano de Enfermedades del Hígado, Jörg Petersen, jefe de la Unidad Hepática de la Clínica San Jorge, en Alemania, ha explicado que para que el tratamiento a largo plazo funcione y se pueda evitar que la hepatitis B progrese a cirrosis o cáncer hepático, debe garantizar la eficacia (reduciendo y manteniendo la carga viral a niveles indetectables a largo plazo), la resistencia (asegurando una barrera genética frente a la resistencia) y la seguridad (a largo plazo y con un buen perfil de tolerancia).



Jörg Petersen.

etc.", explica Buti. Además, el 18 por ciento de los pacientes tenían cirrosis o fibrosis, el 30 por ciento el antígeno HBeAg positivo y el 70 por ciento el antígeno HBeAg negativo.

Los científicos administraron entecavir durante 48 semanas y comprobaron que tras ese periodo de tiempo el 83 por ciento suprimieron la replicación viral y el 21 por ciento lograron la serocon-

versión del antígeno HBeAg. "Hemos comprobado que el uso en monoterapia de entecavir en primera línea puede reducir la cantidad de virus en sangre a niveles indetectables de forma rápida", concluye Buti.

Los resultados se pueden superponer al estudio en práctica real italiano que se ha realizado durante tres años y que se ha presentado en el mismo congreso. En este caso evaluaron la eficacia y la resistencia de entecavir en 418 pacientes con hepatitis B que no habían sido tratados con nucleósidos.

"En este estudio, el perfil medio del paciente es el de un varón de 58 años. El 83 por ciento tenían antígeno HBeAg negativo", añade Buti. Y el 96 por ciento de los pacientes redujeron la carga viral. Además, la tasa de respuesta viral fue en aumento con respecto a los meses de tratamiento.

ESTUDIOS 'ADVANCE' Y 'RESPOND-2'

Terapia triple con telaprevir o boceprevir puede mejorar las tasas de respuesta viral

■ **Mar Sevilla Martínez** Boston

El tratamiento para la hepatitis C está cambiando. Los doscientos millones de personas que están afectadas por este virus en el mundo encontrarán menos limitaciones a finales de 2011 cuando se empiecen a comercializar nuevos fármacos. Durante el LXI Congreso Americano de Enfermedades del Hígado que se ha celebrado en Boston se han presentado los resultados de diferentes estudios en fase III que mejoran las expectativas de tratamiento en hepatitis C para pacientes con genotipo 1.

"En la actualidad los tratamientos con antivirales combinados con interferón pegilado y ribavirina mejoran la tasa de respuesta en pacientes con genotipo 1 un 50 por ciento; con los inhibidores de la proteasa llegaría hasta el 80 por ciento", explica Javier García-Samaniego, hepatólogo y jefe del Cibereh del Hospital Carlos III, de Madrid.

El estudio en fase III *Advance* se ha realizado sobre una muestra de 1.088 pacientes *naive* con el virus de la hepatitis C (VHC) durante 24 semanas. Los especialistas establecieron tres grupos. Al primero se le administró la terapia triple de telaprevir, con interferón pegilado y ribavirina durante doce semanas, y al segundo la terapia triple durante ocho. Los tres meses restantes recibieron un tratamien-

to dual de interferón pegilado y ribavirina. Los miembros del tercer grupo recibieron la terapia dual durante los seis meses.

"Los resultados son prometedores: los pacientes del grupo uno mejoraron la respuesta viral un 75 por ciento, mientras que los del grupo dos sólo lo hicieron un 69 por ciento; los pacientes del grupo de control que recibieron el tratamiento estándar mejoraron un 44 por ciento".

En la misma conferencia se han presentado los resultados del estudio en fase III *Respond-2* que combina la terapia dual de interferón pegilado y ribavirina con boceprevir. El estudio se ha realizado sobre una muestra de 403 pacientes no respondedores con VHC y genotipo 1 durante un año. En este caso se establecieron tres grupos de pacientes: al primero se le administró durante cuatro semanas la terapia dual y 44 semanas de terapia dual combinada con boceprevir tres veces al día; el segundo grupo siguió la misma terapia pero sólo se le administró una vez al día, mientras que el grupo de control recibió la terapia dual las 48 semanas.

A los seis meses la respuesta virológica del grupo de control estaba al 21 por ciento, mientras que en los pacientes del grupo uno se alcanzó el 59 por ciento y en los del grupo dos, un 67 por ciento de respuesta viral.



Javier García-Samaniego, jefe del Cibereh del Carlos III.

EN LOS PACIENTES QUE HAN PASADO EL VIRUS DE LA HEPATITIS C Y GENERAN RESPUESTA VIRAL

El tratamiento antiviral es clave tras los trasplantes

■ **Mar Sevilla Martínez** Boston

El tratamiento con terapia antiviral en pacientes que han tenido el virus de la hepatitis C, a los que se les ha realizado un trasplante, propicia que se genere una respuesta viral que les puede proteger frente al riesgo de muerte por infecciones hepáticas. Así lo confirma un estudio clínico realizado por científicos de la Universidad

de Bari, en Italia, que se ha presentado en el LXI Congreso Americano de Enfermedades del Hígado celebrado en Boston (Estados Unidos).

Los científicos examinaron los registros de doce centros que habían efectuado trasplantes de hígado en Italia durante veinte años y estudiaron una muestra de 448 pacientes. Posterior-

mente comprobaron que el 35 por ciento de los pacientes lograron una respuesta viral y descubrieron que este porcentaje tenía injertos de donantes jóvenes y habían recibido un tratamiento a largo plazo con interferón.

"Los resultados demuestran que el 73 por ciento de los pacientes que fallecieron tras el trasplante habían superado el virus de la hepati-

tis C, y que sólo uno de ellos había logrado respuesta viral", explica María Rendina, autora de la investigación.

Estos hallazgos pueden tener gran impacto en los cuidados del paciente, ya que confirman que aquellos que han padecido hepatitis C y que no pueden generar respuesta viral tienen un riesgo más alto de fallecer por fallos hepáticos.

NEUROCIURUGÍA EL TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO LLEVA CASI UN AÑO EN ESPAÑA

El implante vertebral va asentándose en osteoporosis

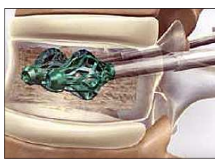
→ La introducción de un implante o 'stent' de titanio restaura la vértebra dañada y mejora el mantenimiento de la altura vertebral. Francisco

Villarejo, de la Clínica La Luz, de Madrid, ha afirmado que los pacientes osteoporóticos son los principales beneficiarios de esta técnica.

■ Ana Callejo Mora

Hasta hace menos de un año, las opciones quirúrgicas disponibles para las fracturas por compresión vertebral causadas principalmente por osteoporosis se reducían a la vertebroplastia y la cifoplastia con balón. "La aparición de un nuevo tratamiento mínimamente invasivo de las fracturas de columna vertebral basado en la implantación de un stent de titanio está demostrando ser el único método eficaz y resolutivo en estos casos". Así lo ha manifestado Francisco Villarejo, jefe de Neurocirugía de la Clínica La Luz y del Hospital Niño Jesús, de Madrid, en la presentación del VIII Simposium Internacional de Patología de la Columna Vertebral, que se celebrará mañana y pasado en la Clínica La Luz.

"La técnica se lanzó en Europa en diciembre de 2008 y aún no ha cumplido un año en España. Consiste en la colocación de un implante en la vértebra cuya expansión estabiliza la fractura y crea canales óseos por



Técnica quirúrgica de reducción de fracturas vertebrales mediante la implantación de un stent.

los que se procede a un reparto controlado de cemento. En nuestro país ya hay entre 50 y 60 pacientes intervenidos y el éxito es del 97 por ciento".

El nuevo tratamiento va un paso más allá de la cifoplastia, ya que cambia el balón de plástico por un implante metálico. La principal ventaja es que aporta una fijación más rígida, aumenta significativamente la altura de la cadera y la mantiene gracias a que el implante es metálico. A esto se añade que "reduce el dolor, no requiere ayuda externa o aparatos ortopédicos tras la intervención y el alta del paciente puede producirse en las 24 horas siguientes a la intervención".

Villarejo ha aclarado que la utilización de la técnica del implante de titanio vertebral no está indicada en fracturas por accidentes de tráfico o por estallidos de vértebras.

"Para los pacientes a los que no se recomienda la introducción de implantes de titanio existen otras opciones, como las técnicas percutáneas posteriores con endoscopia o microscopio", ha indicado Fernando Carceller, del Servicio de Neurocirugía del Hospital La Paz, de

Madrid.

Por otro lado, el diagnóstico de la hernia discal lumbar es más complicado en el niño y el adolescente, debido a que estos tienen una mayor resistencia al dolor que el adulto. Tras la detección mediante radiología simple, tomografía computarizada y resonancia, se inicia en estos pacientes un tratamiento conservador durante varias semanas. La terapia no suele ser eficaz en la población infantil porque requiere reposo.

En hernia discal lumbar

Según ha explicado Javier Saceda, del Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, "la técnica más empleada en niños y adultos con este problema es la microdiscectomía, que consiste en la extirpación de la hernia discal haciendo uso del microscopio, mediante una pequeña incisión cutánea. Realizamos una incisión de tres o cuatro centímetros en la zona más afectada (que suelen ser los niveles L4-L5 y L5-



Fernando Carceller, Francisco Villarejo y Javier Saceda.

S1) y accedemos al disco, a través del ligamento amarillo". El neurocirujano del Clínico ha especificado que sólo quitan la parte del disco que está oprimiendo la raíz.

La práctica clínica ha demostrado que aproximadamente el 95 por ciento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente mediante esta técnica presentan mejorías notables.

Desafortunadamente, según Saceda, "el 10 por ciento de los pacientes adolescentes intervenidos de hernia discal lumbar necesitarán una nueva intervención

quirúrgica en el mismo nivel vertebral o en otro diferente a lo largo de su vida".

La buena noticia es que, como ha puntualizado Villarejo, "con el uso de los espaciadores se reduce la necesidad de una segunda intervención pasados los años de un 14 por ciento a un 1 por ciento". Además, "como medida preventiva de reintervención, se recomienda practicar natación, ya que es un deporte en el que el enfermo ejercita la musculatura sin tener que aguantar su propio peso", ha concluido Saceda.

PABLO PALACIOS, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MADRID SANCHINARRO

"La cirugía mínimamente invasiva de la columna vertebral cumple los objetivos"

■ A. C. M.

"La técnica de cirugía mínimamente invasiva de la columna vertebral cumple todos los objetivos fijados, entre los que se encuentran la reducción de la agresión quirúrgica -con menor lesión de las partes blandas y menos sangrado y dolor postoperatorio- y el mantenimiento de los resultados de la cirugía abierta a medio y largo plazo". Así lo ha indicado Pablo Palacios, del Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, y uno de los directores de la Jornada Hispano-Lusa de Actualización en cirugía mínimamente invasiva y percutánea de la columna vertebral, celebrada en el citado centro.

Palacios ha presentado las conclusiones de un estudio, realizado en el Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, que comparaba pacien-

Desde el punto de vista clínico no existen diferencias entre la cirugía mínimamente invasiva y la abierta a partir de los seis meses de la operación

tes intervenidos con técnica convencional y otros a los que se les aplicó la cirugía mínimamente invasiva, observando que no existen diferencias desde un punto de vista clínico a partir de los seis meses de la operación.

Por su parte, Juan Calatayud, neurocirujano del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de Zaragoza, ha resaltado que "la intención de los cirujanos de columna es mejorar y alargar la calidad de vida de un esqueleto con el que convivi-

mos desde que nacemos hasta que morimos. Lo que queremos es que la gente viva mejor el mayor tiempo posible".

En la otra cara de la moneda se encuentran las limitaciones de esta técnica. "Tanto la curva de aprendizaje como el tiempo quirúrgico son mayores. Otra barrera de la cirugía mínimamente invasiva es la mayor demanda tecnológica (fuentes de luz, lupas...)", ha indicado Palacios.

El representante portugués, Eurico Silva, de la Unidad Vértebro-Medular del Hospital General de San Antonio, en Oporto, ha añadido algunas limitaciones más: la obesidad, la osteoporosis, las deformidades como escoliosis y la espondilolistesis de alto grado. Sin embargo, ha añadido que las opciones de la cirugía mini-



Juan Calatayud, Pablo Palacios, Eduardo Hevia, Vicente Calatayud y Antonio Mostaza.

mente son variadas. "Puede emplearse para la descompresión de estructuras neurológicas, la artrodesis y fijación vertebral y la vertebroplastia y cifoplastia".

Según Eduardo Hevia, cirujano de la columna vertebral del Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, que ha codirigido el curso junto con Palacios, las complicaciones de la cirugía mínimamente invasiva percutánea son similares a las que pue-

de haber con una técnica abierta. "Una posible complicación de este tipo es la malposición de los tornillos. Además, los errores en el manejo de la instrumentación son escasos pero peligrosos".

Por otro lado, Hevia ha destacado que las complicaciones de las indicaciones de la cirugía mínimamente invasiva percutánea son las más evitables. "Para ello hay que tener cuidado con las

reintervenciones".

Otro de los ponentes, Antonio Mostaza, neurocirujano espinal del Hospital Universitario de León, tiene una amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva por endoscopia y defiende que con menos agresión se obtienen mejores resultados. Por ejemplo, la intervención de un paciente con hernia discal requiere una estancia postoperatoria de sólo unas horas".



Francisco Gudiol, Jerónimo Pachón, Albert Pahissa, Álvaro Pascual, Jordi Vila y Jesús Blázquez.

INFECCIOSAS ESTA VARIANTE DEL MICROORGANISMO REPRESENTA EL 15% DEL TOTAL DE CASOS

El clon ST131 es más frecuente y agresivo que la 'E. coli' común

→ Los resultados preliminares de un estudio multicéntrico presentado durante las V Jornadas Científicas de la Red Española de Investigación

de Patología Infecciosa sugieren que la variante ST131 de la bacteria *Escherichia coli* es más frecuente y más agresiva que el tipo común.

■ **Karla Islas Pieck** Barcelona

La variante ST131 de la bacteria *Escherichia coli* es más frecuente y se asocia a una tasa de mortalidad más alta que el tipo común, según se desprende de los resultados parciales y preliminares de un estudio multicéntrico que se ha presentado durante las V Jornadas Científicas de la Red Española de Investigación en Patología Infecciosa (Reipi), que se celebran estos días en Barcelona.

En esta investigación, coordinada por el Centro Nacional de Microbiología (CNM), la Universidad de Santiago de Compostela y el Hospital Universitario Virgen de La Macarena, de Se-

villa, participan cerca de 40 centros y representa la primera serie que describe las características de los pacientes que sufren infecciones invasivas por este clon de la bacteria *E. coli* en España.

Uno de los coordinadores del estudio, Álvaro Pascual, del Hospital Virgen de La Macarena, ha explicado que hasta ahora se habían realizado algunos trabajos de investigación que abordaban los aspectos biológicos más básicos relacionados con esta variante del microorganismo, pero tales datos no se habían trasladado a la clínica previamente.

El clon ST131, que tiene la capacidad de extenderse de forma ágil y rápida por dife-

rentes países, es una variante multiresistente de uno de los microorganismos que producen mayor número de infecciones en los humanos, la *E. coli*.

El clon ST131 se ha diseminado en poco tiempo y actualmente representa el 15 por ciento del total de casos de infecciones por *E. coli*. Los primeros datos del estudio sugieren que esta variante es más agresiva que el tipo común, además de que se asocia con una tasa de mortalidad más alta.

La Reipi es una estructura cooperativa de investigación interterritorial que busca soluciones para los principales problemas causados por las enfermedades infecciosas

mediante un abordaje multidisciplinar basado en la colaboración entre grupos de investigación con profesionales expertos en diferentes áreas.

Francisco Gudiol, del Hospital de Bellvitge, de Barcelona; Jerónimo Pachón, del Hospital Universitario Virgen del Rocío, de Sevilla; Albert Pahissa, del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona; Jordi Vila, del Hospital Clínico de Barcelona, y Jesús Blázquez, del Centro Nacional de Biotecnología de Madrid, han recordado que España es uno de los países con una de las tasas de resistencia bacteriana a antibióticos más altas de Europa por *E. coli*.

HEMATOLOGÍA EN MAYORES DE 65 AÑOS

La administración semanal de bortezomib mantiene la eficacia en mieloma múltiple

■ **Alejandro Segalás** Salamanca

Investigadores de más de 70 hospitales españoles han demostrado que es posible la optimización del tratamiento de los pacientes con mieloma múltiple de edad avanzada, mayores de 65 años, utilizando nuevos fármacos, principalmente mediante la administración semanal de bortezomib en lugar de dos veces por semana.

El trabajo es un ensayo clínico en fase III realizado por el Grupo Español de Mieloma Múltiple en pacientes de nuevo diagnóstico mayores de 65 años -que por tanto no son candidatos a un trasplante autólogo de médula ósea-, en el que se comparan dos esquemas de inducción y dos esquemas de tratamiento de mantenimiento.

Este estudio está basado principalmente en dos trabajos previos, uno piloto realizado también por el grupo español y otro randomizado que incluyó 682 pacientes en el que se demostró que la combinación de bortezomib más melfalán y prednisona (tratamiento clásico del mieloma) fue mejor que melfalán y prednisona sola en eficacia, supervivencia libre de progresión y global. Sin embargo, la toxicidad fue también significativa, especialmente la gastrointestinal y la neuropatía periférica.

Mariví Mateos, investigadora del Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca y coordinadora de este trabajo, ha explicado a DIARIO MÉDICO que "en es-

El siguiente ensayo va a mantener la administración de bortezomib semanal en combinación con melfalán y prednisona más lenalidomida

te estudio lo que pretendemos es optimizar el esquema, mediante la administración semanal de bortezomib, en lugar de dos veces por semana que es la administración convencional. También decidimos comparar bortezomib más melfalán y prednisona con bortezomib más talidomida y prednisona. Además, propusimos utilizar un tratamiento de inducción durante un periodo de tiempo limitado, seis ciclos, seguido de un tratamiento de mantenimiento durante tres años".

Hay que destacar que el trabajo, que se publica en la edición electrónica de *The Lancet Oncology*, fue elegido el año pasado por la sesión plenaria del Congreso Americano de Hematología, celebrado en Nueva Orleans, como uno de los seis mejores presentados en la reunión.

El grupo español sigue intentando optimizar el tratamiento de estos pacientes y el siguiente ensayo que preparan tiene como objetivo mantener la administración de bortezomib en el esquema semanal en combinación con melfalán y prednisona, introduciendo la lenalidomida, un inmunomodulador muy eficaz y con poca toxicidad.

ALERGOLOGÍA UN ESTUDIO REVELA QUE NADAR EN PISCINAS NO AUMENTA LA PREDISPOSICIÓN

La natación podría mejorar la función pulmonar y reducir el riesgo de padecer síntomas de asma en los niños

■ **Redacción** Barcelona

Los niños que practican natación tienen el mismo riesgo de padecer asma infantil que los que no realizan esta actividad física. De hecho, según un estudio del Centro de Investigación en Epidemiología Ambiental (Creal) de Barcelona y de la Universidad de Bristol (Gran Bretaña), publicado en la revista *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, la natación incluso podría mejorar la función pulmonar y disminuir el riesgo

de padecer síntomas de asma en el caso de los niños.

Esta investigación siguió a 5.738 niños británicos desde su nacimiento hasta los 10 años, hecho que la convierte en la más importante que se ha hecho hasta ahora.

Los investigadores observaron que cuando tenían 7 años uno de cada cinco niños habían sufrido asma alguna vez, pero que los niños que habían nadado más frecuentemente no tenían más riesgo de padecer asma a los 7 o a los 10 años, y tampoco

presentaban más síntomas respiratorios y alérgicos como sibilancias, fiebre del heno, atopía o eccema que los que habían nadado menos o no habían nadado.

La investigadora del Creal y una de las autoras del estudio, Cristina Villanueva, considera que "los resultados se pueden considerar una buena noticia" dado que el asma es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia y la natación es uno de los deportes más practicados en los paí-

ses occidentales, donde el sedentarismo y la obesidad son graves problemas de salud pública.

Es pertinente recordar que en los últimos años algunos estudios belgas habían sugerido que la asistencia a las piscinas durante la infancia podía ser un factor de riesgo para desarrollar asma y otras enfermedades alérgicas, debido a la exposición a compuestos químicos irritantes derivados de la cloración del agua de la piscina.



Mariví Mateos, del Hospital Universitario de Salamanca.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Onbrez Breezhaler 150 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). Onbrez Breezhaler 300 microgramos polvo para inhalación (cápsula dura). **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada cápsula contiene maleato de indacaterol equivalente a 150 ó 300 microgramos de indacaterol. La dosis liberada por la boquilla del inhalador de Onbrez Breezhaler es maleato de indacaterol equivalente a 120 ó 240 microgramos, respectivamente, de indacaterol. Excipientes: Cada cápsula contiene 24,8 ó 24,6 mg, respectivamente, de lactosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** Polvo para inhalación (cápsula dura). Onbrez Breezhaler 150 microgramos: cápsulas transparentes e incolores que contienen un polvo blanco, con "IDL 150" impreso en negro por encima de una línea negra y el logotipo de la compañía (L) impreso en negro por debajo de la misma. Onbrez Breezhaler 300 microgramos: cápsulas transparentes e incolores que contienen un polvo blanco, con "IDL 300" impreso en azul por encima de una línea azul y el logotipo de la compañía (L) impreso en azul por debajo de la misma. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Onbrez Breezhaler está indicado para el tratamiento broncodilatador de mantenimiento de la obstrucción de las vías respiratorias en pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). **Posología y forma de administración:** Posología: La dosis recomendada consiste en la inhalación del contenido de una cápsula de 150 microgramos una vez al día, utilizando el inhalador de Onbrez Breezhaler. La dosis sólo debe aumentarse por prescripción facultativa. Se ha demostrado que la inhalación del contenido de una cápsula de 300 microgramos una vez al día, utilizando el inhalador de Onbrez Breezhaler, ofrece beneficios clínicos adicionales por lo que respecta a la dificultad para respirar, especialmente en pacientes con EPOC grave. La dosis máxima es de 300 microgramos una vez al día. Onbrez Breezhaler debe administrarse a la misma hora cada día. Si se olvida una dosis, la próxima dosis debe administrarse el día siguiente a la hora habitual. **Población de edad avanzada:** La concentración plasmática máxima y la exposición sistémica global aumentan con la edad pero no se requiere ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada. **Población pediátrica:** No existe un uso relevante de Onbrez Breezhaler en la población pediátrica (menores de 18 años). **Insuficiencia hepática:** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada. No se dispone de datos sobre el uso de Onbrez Breezhaler en pacientes con insuficiencia hepática grave. **Insuficiencia renal:** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal. **Forma de administración:** Para vía inhalatoria exclusivamente. Las cápsulas de Onbrez Breezhaler deben administrarse únicamente con la ayuda del inhalador de Onbrez Breezhaler (ver sección "Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones"). Las cápsulas de Onbrez Breezhaler no deben tragarse. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la lactosa o a alguno de los otros excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Asma: Onbrez Breezhaler no debe utilizarse en asma debido a la ausencia de datos sobre resultados a largo plazo de Onbrez Breezhaler en esta indicación. **Broncoespasmo paradójico:** Como ocurre con otros tratamientos inhalatorios, la administración de Onbrez Breezhaler puede causar un broncoespasmo paradójico que puede ser amenazante para la vida. En caso de producirse, debe interrumpirse inmediatamente la administración de Onbrez Breezhaler y sustituirse por un tratamiento alternativo. **Empeoramiento de la enfermedad:** Onbrez Breezhaler no está indicado para el tratamiento de episodios agudos de broncoespasmo, es decir, como tratamiento de rescate. Si la EPOC empeora durante el tratamiento con Onbrez Breezhaler, se debe evaluar de nuevo al paciente y al régimen de tratamiento de la EPOC. No es adecuado aumentar la dosis diaria de Onbrez Breezhaler por encima de la dosis máxima de 300 microgramos. **Efectos sistémicos:** Aunque no suelen observarse efectos clínicamente relevantes sobre el sistema cardiovascular después de administrar Onbrez Breezhaler en las dosis recomendadas, tal y como ocurre con otros agonistas beta₂-adrenérgicos, indacaterol debe utilizarse con precaución en pacientes con trastornos cardiovasculares (insuficiencia coronaria, infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, hipertensión), con trastornos convulsivos o tirotoxicosis, y en pacientes que respondan de forma inusual a los agonistas beta₂-adrenérgicos. **Efectos cardiovasculares:** Al igual que otros agonistas beta₂-adrenérgicos, indacaterol puede producir efectos cardiovasculares clínicamente significativos en algunos pacientes, determinados por el incremento de la frecuencia del pulso, la presión sanguínea y/o los síntomas. Si aparecen estos efectos, puede ser necesario interrumpir el tratamiento. Se ha observado, asimismo, que los agonistas beta₂-adrenérgicos producen alteraciones en el electrocardiograma (ECG), como el aplanamiento de la onda T y depresión del segmento ST, si bien se desconoce la significación clínica de estos hallazgos. No se han observado efectos clínicamente relevantes sobre la prolongación del intervalo QT, en ensayos clínicos con Onbrez Breezhaler a las dosis terapéuticas recomendadas. **Hipocalcemia:** Los agonistas beta₂-adrenérgicos pueden inducir en algunos pacientes una hipocalcemia significativa, capaz de provocar efectos adversos cardiovasculares. El descenso del potasio sérico es generalmente transitorio y no requiere administrar suplementos. En pacientes con EPOC grave, la hipocalcemia puede acentuarse por la hipoxia y por el tratamiento concomitante (ver sección "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"), lo que puede aumentar la susceptibilidad a las arritmias cardíacas. **Hiper glucemia:** La inhalación de dosis elevadas de agonistas beta₂-adrenérgicos puede inducir un aumento de la glucosa plasmática. Tras el inicio del tratamiento con Onbrez Breezhaler, deben vigilarse estrechamente los niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos. Durante los ensayos clínicos, se observó, por lo general, una mayor frecuencia (1-2%) de alteraciones clínicamente considerables de la glucemia en los pacientes tratados con Onbrez Breezhaler a las dosis recomendadas que con placebo. No se ha investigado el uso de Onbrez Breezhaler en pacientes con diabetes mellitus no controlada. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Agentes simpaticomiméticos: La administración concomitante de otros agentes simpaticomiméticos (solos o como integrantes de un tratamiento de combinación) puede potenciar los efectos adversos de Onbrez Breezhaler. Onbrez Breezhaler no debe utilizarse junto con otros agonistas beta₂-adrenérgicos de larga duración ni con medicamentos que los contengan. **Tratamiento hipocalcémico:** La administración concomitante de tratamiento hipocalcémico con derivados de la metilxantina, corticoides o diuréticos no ahorradores de potasio pueden intensificar el posible efecto hipocalcémico de los agonistas beta₂-adrenérgicos, por lo tanto se debe utilizar con precaución (ver sección "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Bloqueantes beta-adrenérgicos:** Los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden debilitar o antagonizar el efecto de los agonistas beta₂-adrenérgicos. Por ello, indacaterol no debe administrarse junto con bloqueantes beta-adrenérgicos (incluidos colírios) a menos que su uso esté claramente justificado. Cuando sean necesarios, es preferible utilizar bloqueantes beta-adrenérgicos cardioselectivos, aunque éstos también deben administrarse con precaución. **Interacciones asociadas al metabolismo y a transportadores:** La inhibición de los agentes principales del metabolismo de indacaterol, CYP3A4 y la glicoproteína P (P-gp) aumenta hasta dos veces la exposición sistémica del fármaco. La magnitud de la exposición aumenta debido a las interacciones, si bien no afecta a la seguridad de acuerdo con la experiencia adquirida con el tratamiento con Onbrez Breezhaler en los ensayos clínicos de hasta un año de duración y utilizando dosis de hasta el doble de la dosis máxima terapéutica recomendada. No se han observado interacciones entre indacaterol y medicamentos administrados conjuntamente. Los estudios *in vitro* indican que el indacaterol presenta una capacidad insignificante de provocar interacciones metabólicas con medicamentos en los niveles de exposición sistémica que se alcanzan en la práctica clínica. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: No existen datos sobre la utilización de indacaterol en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre la toxicidad reproductiva a una exposición clínicamente relevante. Al igual que otros agonistas beta₂-adrenérgicos, indacaterol puede inhibir el parto debido al efecto relajante sobre el músculo liso uterino. Onbrez Breezhaler sólo debe utilizarse durante el embarazo si los beneficios esperados superan los riesgos potenciales. **Lactancia:** Se desconoce si indacaterol/metabolitos se excretan por la leche materna. Los datos farmacocinéticos/toxicológicos disponibles en animales muestran excreción del indacaterol/metabolitos en la leche. Por ello, no puede descartarse el riesgo para el lactante. Debe tomarse una decisión respecto a la discontinuación de la lactancia o a la discontinuación/abstinencia del tratamiento con Onbrez Breezhaler, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Se ha observado en ratas un descenso en la tasa de embarazos. Sin embargo, se considera improbable que la inhalación de indacaterol a las dosis máximas recomendadas afecte la reproducción en seres humanos. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** La influencia de Onbrez Breezhaler sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** Resumen del perfil de seguridad: Las reacciones adversas más frecuentes con las dosis recomendadas consistieron en rinofaringitis (9,1%), tos (6,8%), infección de las vías respiratorias altas (6,2%) y cefalea (4,8%). La gran mayoría fueron de carácter leve o moderado y su frecuencia disminuyó al continuar el tratamiento. A las dosis recomendadas, el perfil de seguridad de Onbrez Breezhaler en pacientes con EPOC pone de manifiesto unos efectos sistémicos carentes de significación clínica debidos a la estimulación beta₂-adrenérgica. La variación media de la frecuencia cardíaca fue inferior a un latido por minuto y la taquicardia fue infrecuente y similar a la registrada en el grupo placebo. No se detectaron prolongaciones significativas del intervalo QT_F en comparación con placebo. La frecuencia de intervalos QT_F apreciablemente prolongados [es decir, >450 ms (hombres) y >470 ms (mujeres)] y las notificaciones de hipocalcemia fueron similares a las registradas con placebo. La variación media de las alteraciones máximas de glucemia resultaron similares con Onbrez Breezhaler y con placebo. **Resumen tabulado de las reacciones adversas:** El programa de desarrollo clínico de fase III de Onbrez Breezhaler incluyó pacientes con un diagnóstico clínico de EPOC entre moderada y grave. En él, se han tratado 2.154 pacientes con dosis de indacaterol de hasta dos veces la dosis máxima recomendada y hasta un año de tratamiento. De estos pacientes, 627 recibieron 150 microgramos una vez al día y 853 recibieron 300 microgramos una vez al día. Aproximadamente, el 40% de los pacientes padecían EPOC grave. La media de edad de los pacientes era 63 años, con un 47% de los pacientes de 65 años o mayores, y la mayoría (89%) de raza caucásica. Las reacciones adversas de la Tabla 1 se citan según la clasificación por órganos y sistemas de MedDRA de la base de datos de seguridad de EPOC. Dentro de cada clase de órganos, las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de frecuencia de acuerdo con la convención siguiente (CIOMS III): muy frecuentes (≥1/10); frecuentes (≥1/100 a <1/10); poco frecuentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muy raras (<1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles).

Tabla 1: Reacciones adversas.

Reacciones adversas	Frecuencia
Infecciones e infestaciones	
Rinofaringitis	Frecuente
Infección de las vías respiratorias altas	Frecuente
Sinusitis	Frecuente
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Diabetes mellitus e hiperglucemia	Frecuente
Trastornos del sistema nervioso	
Cefalea	Frecuente
Parestesia	Poco frecuente
Trastornos cardíacos	
Isquemia coronaria	Frecuente
Fibrilación auricular	Poco frecuente
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	
Tos	Frecuente
Dolor faringolaríngeo	Frecuente
Rinorrea	Frecuente
Congestión del tracto respiratorio	Frecuente
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Espasmos musculares	Frecuente
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	
Edema periférico	Frecuente
Dolor torácico no cardíaco	Poco frecuente

Con una dosis doble de la máxima dosis recomendada, el perfil de seguridad de Onbrez Breezhaler resultó similar al de las dosis recomendadas. Otras reacciones adversas fueron temblor (frecuente) y anemia (poco frecuente). **Descripción de las reacciones adversas seleccionadas:** En los ensayos clínicos fase III, los profesionales sanitarios observaron que durante las visitas, una media del 17-20% de los pacientes presentaba una tos esporádica que solía aparecer en los 15 segundos posteriores a la inhalación y duraba generalmente 5 segundos (aproximadamente 10 segundos en fumadores). Se observó con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y en fumadores que en no fumadores. En general, esta tos que aparecía tras la inhalación se toleraba bien y no obligó a ningún paciente a discontinuar el ensayo con las dosis recomendadas (la tos es un síntoma de la EPOC y únicamente el 6,8% de los pacientes describieron la tos como reacción adversa). No existe evidencia de que la tos que aparece tras la inhalación se asocie al broncoespasmo, exacerbaciones, empeoramiento de la enfermedad o pérdida de eficacia. **Sobredosis:** En pacientes con EPOC, dosis únicas 10 veces superiores a la dosis terapéutica máxima recomendada se asociaron con un aumento moderado de la frecuencia del pulso, la presión sanguínea sistólica y el intervalo QT_F. Es probable que una sobredosis de indacaterol cause exageradamente los efectos típicos de los estimulantes beta₂-adrenérgicos, es decir, taquicardia, temblor, palpitaciones, cefalea, náuseas, vómitos, mareos, arritmias ventriculares, acidosis metabólica, hipocalcemia e hiperglucemia. Está indicado prescribir tratamiento sintomático y de soporte. En los casos graves, se debe hospitalizar al paciente. Se debe considerar la posibilidad de emplear betabloqueantes cardioselectivos, pero sólo bajo la supervisión de un médico y con suma precaución ya que los bloqueantes beta-adrenérgicos pueden provocar broncoespasmo. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes: Contenido de la cápsula:** Lactosa monohidrato. **Cubierta de la cápsula:** Gelatina. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 30°C. Las cápsulas de Onbrez Breezhaler deben conservarse siempre en el blíster para protegerlas de la humedad y extraerlas sólo inmediatamente antes de usar. **Naturaleza y contenido del envase:** Onbrez Breezhaler es un dispositivo para inhalación de dosis única. El cuerpo del inhalador y el capuchón están fabricados con acrilonitrilo butadieno estireno, los pulsadores están fabricados con metil metacrilato acrilonitrilo butadieno estireno. Las agujas y muelles son de acero inoxidable. Envases blíster de PA/Alu/PVC – Alu, que contienen 10 cápsulas duras, con un inhalador fabricado con materiales plásticos y que se incluye en cada envase. Cartonaje conteniendo 30 cápsulas (3x10 cápsulas en tiras de blíster) y un inhalador de Onbrez Breezhaler. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones:** Debe utilizarse el inhalador de Onbrez Breezhaler que se proporciona con cada nueva prescripción. Deseche el inhalador después de 30 días de uso.

Instrucciones de uso y manipulación: 1. Retire el capuchón. 2. Abra el inhalador: Sujete firmemente la base del inhalador e incline la boquilla. De esta manera se abrirá el inhalador. 3. Prepare la cápsula: Justo antes de usar, con las manos secas, extraiga una cápsula del blíster. 4. Introduzca la cápsula: Introduzca la cápsula en el compartimento para la cápsula. No coloque nunca una cápsula directamente en la boquilla. 5. Cierre el inhalador: Cierre el inhalador hasta que oiga un "click". 6. Perfore la cápsula: Sujete el inhalador en posición vertical con la boquilla hacia arriba. Perfore la cápsula presionando firmemente ambos pulsadores al mismo tiempo. Realice esta operación sólo una vez. Deberá oír un "click" en el momento en que se perfora la cápsula. 7. Suelte completamente los pulsadores. 8. Espire: Antes de introducir la boquilla en su boca, espire completamente. No soplo dentro de la boquilla. 9. Inhale el medicamento: Para inhalar el medicamento profundamente en sus vías respiratorias: Sujete el inhalador como se muestra en la figura. Los pulsadores deben quedar situados a la derecha e izquierda. No presione los pulsadores. Introduzca la boquilla en su boca y cierre los labios firmemente en torno a ella. Inspire de forma rápida y constante y tan profundamente como pueda. 10. Nota: Cuando inspire a través del inhalador, la cápsula girará en la cámara y usted deberá oír un zumbido. Notará un gusto dulce cuando el medicamento penetre en sus pulmones. **Información adicional:** Ocasionalmente, fragmentos muy pequeños de la cápsula pueden atravesar el filtro e introducirse en su boca. Si esto ocurre, puede notar estos fragmentos en su lengua. No es perjudicial si estos fragmentos se tragan o inhalan. La posibilidad de que la cápsula se perfora accidentalmente más de una vez (paso 6). Si no oye un zumbido: La cápsula puede estar atascada en el compartimento. Si esto ocurre: Abra el inhalador y libere la cápsula con cuidado dando golpecitos en la base del mismo. No presione los pulsadores. Inhale el medicamento de nuevo repitiendo los pasos 8 y 9. 11. Contenga la respiración: Después de que haya inhalado el medicamento: Contenga la respiración durante un mínimo de 5-10 segundos o todo lo posible, mientras no le resulte incómodo, al tiempo que extrae el inhalador de la boca. Seguidamente, espire. Abra el inhalador para comprobar si queda polvo en la cápsula. Si queda polvo en la cápsula: Cierre el inhalador. Repita los pasos 8, 9, 10 y 11. La mayoría de las personas son capaces de vaciar la inhaladora en una o dos inhalaciones. **Información adicional:** Algunas personas ocasionalmente pueden toser al poco de inhalar el medicamento. En caso de que le ocurra, no se preocupe. Si la cápsula está vacía, es que ha recibido suficiente cantidad de su medicamento. 12. Después de que haya acabado de tomar su medicamento: Abra de nuevo la boquilla y elimine la cápsula vacía, extrayéndola del compartimento de la cápsula. Coloque la cápsula vacía en la basura de su casa. Cierre el inhalador y coloque de nuevo el capuchón. No conserve las cápsulas en el inhalador de Onbrez Breezhaler. 13. Marque en el registro de dosis diaria: En el interior del envase hay un registro de dosis diaria. Coloque una marca en el recuadro de hoy, si le ayuda a recordar cuando le toca la siguiente dosis. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** EU/1/09/593/002-007. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 30.11.2009. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** 06/2010. **PRECIO Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Onbrez Breezhaler 150 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP(IVA): 50,13 Euros; Onbrez Breezhaler 300 microgramos (30 cápsulas + inhalador) PVP(IVA): 50,13 Euros. Medicamento sujeto a prescripción médica. Reembolsado por el Sistema Nacional de Salud con aportación reducida.

Bibliografía: 1. Ficha técnica Onbrez® Breezhaler®. 2. Dahl R, et al. Efficacy of a new once-daily long-acting inhaled beta₂-agonist indacaterol versus twice-daily formoterol in COPD Thora 2010;65:473-479. 3. Feldman G, et al. Efficacy and safety of indacaterol 150 µg once-daily in COPD: a double-blind, randomised, 12-week study. BMC Pulm Med. 2010 Mar 8; 10:11. 4. Donohue JF et al. Once-daily Bronchodilators for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Indacaterol versus Tiotropium. Am J Respir Crit Care Med. 2010 Jul 15;182(2):155-162.

HEMATOLOGÍA EL PROCEDIMIENTO REDUCE EL TIEMPO DE OBTENCIÓN DE LA INMUNOTERAPIA A SEIS SEMANAS

Nuevas vacunas idiotípicas para linfoma folicular con planta de tabaco

→ La Clínica Universidad de Navarra y el Centro de Investigación de Medicina Aplicada, junto con el Centro Médico de la Universidad Southwestern, en Dallas, han comenzado un en-

sayo para valorar la eficacia de las vacunas idiotípicas en linfoma folicular en cuya elaboración se emplea la planta de tabaco, ya que se acorta el tiempo de producción.

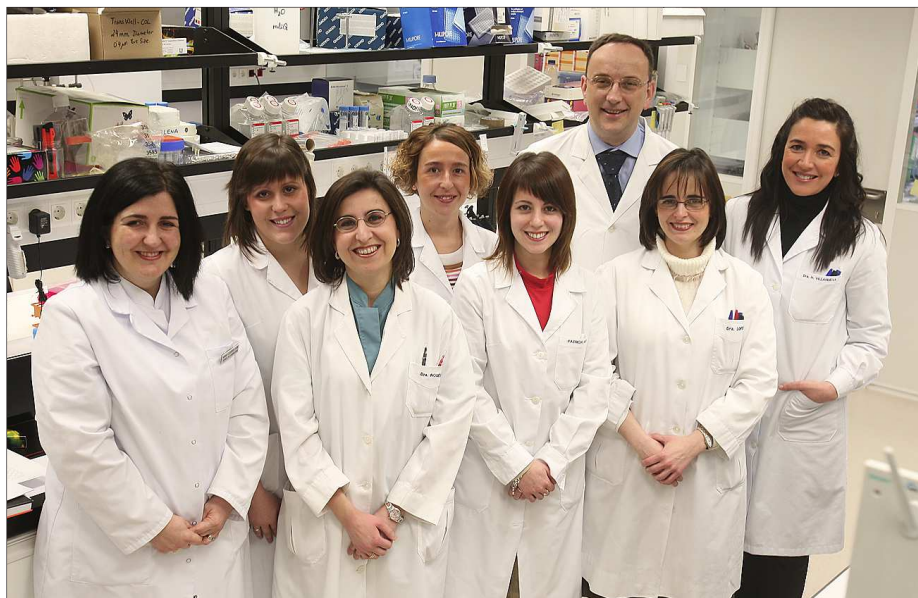
■ Redacción

Maurizio Bendandi, especialista en Hematología de la Clínica Universidad de Navarra y del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, lidera un ensayo clínico internacional para la producción, mediante hojas de plantas de tabaco, de vacunas idiotípicas y personalizadas contra el linfoma folicular.

El objetivo prioritario del ensayo, patrocinado por Bayer, es valorar la eficacia de las proteínas obtenidas mediante la nueva tecnología, basada en la utilización de la planta de tabaco, con la que se elaboran las vacunas idiotípicas contra el linfoma folicular. El procedimiento consigue acortar el plazo de obtención de estas vacunas a tan solo seis semanas. Estas vacunas están elaboradas con las células tumorales del propio paciente que presentan en su superficie una proteína denominada inmunoglobulina (que tiene una parte específica que es el idiotipo). "Esta proteína de superficie, tras una manipulación adecuada, puede utilizarse como vacuna terapéutica, ya que representa un antígeno específico para ese tumor concreto. El objetivo de la vacuna es activar el sistema inmune y podría resultar útil para la mayoría de los linfomas no Hodgkin, no sólo para el linfoma folicular, ya que en los linfomas sabemos claramente cuál es el antígeno contra el que hay que dirigir la respuesta", detalla Bendandi.

■ Primeras fases

El ensayo clínico patrocinado se encuentra en fase I y tiene previsto desarrollarse hasta 2012 en una muestra de 20 pacientes. El reclutamiento y posterior tratamiento de los enfermos con linfoma folicular participantes se lleva a cabo en el Centro Médico Southwestern de Dallas, en Texas. En los laboratorios de la Universidad de Navarra el equipo de Bendandi recibe la mitad del ganglio afectado por el tumor que previamente ha sido extirpado en Dallas. La otra mitad se envía desde Estados Unidos a las instala-



Margarita Legarrea Goñi, Amaya Fernández de Celis, Susana Inogés Sancho, Elena Soria Saldise, Patricia Rubio Bermejo, Maurizio Bendandi, Ascensión López Díaz de Cerio y Helena Villanueva Ruiz.



En el Laboratorio GMP de Terapia Celular de la Clínica Universidad de Navarra elaboran una suspensión a partir del ganglio linfático del paciente.

ciones de Bayer en Halle, Alemania, donde obtendrán el material genético de las células tumorales y producirán la vacuna.

La elaboración de las vacunas en Alemania comienza con la extracción de la información genética que codifica el antígeno de las células tumorales del paciente. Esta información se introduce después en un virus que a su vez se inocula en una bacteria. A continuación, la bacteria infectará la planta del tabaco, que asimila la información genética y comienza a fabricar la proteína

del tumor humano. Posteriormente, la proteína deberá someterse a un proceso de purificación para poder elaborar la vacuna.

Mientras se elabora la vacuna, el paciente se trata en el centro estadounidense con quimioterapia convencional con el objetivo de reducir al máximo el tumor, "ya que hemos comprobado que si la masa tumoral es importante, la vacuna no es efectiva. Si conseguimos que la quimioterapia reduzca el tumor, el sistema inmune, activado mediante las vacunas, sí se muestra capaz de

eliminar las células tumorales", subraya Bendandi.

Una vez obtenida en Alemania la vacuna personalizada, se enviará después a Dallas, donde se administrará al paciente correspondiente mediante una inyección subcutánea que se aplicará, en cada uno de los casos, en una media de seis dosis durante medio año.

De momento, el estudio ya se ha puesto en marcha en doce pacientes a quienes, en el centro de Dallas y bajo la supervisión de los expertos de la Universidad de Navarra, se les ha extirpado un

La elaboración de las vacunas comienza con la extracción de la información genética que codifica el antígeno de las células tumorales del paciente

La inmunoterapia se administrará con una inyección subcutánea que se aplicará, en cada uno de los casos, en una media de seis dosis durante medio año

ganglio afectado. Remitidas las muestras a los laboratorios navarro y alemán, se elaboran las vacunas personalizadas con el material genético del tumor. De los doce reclutados, uno ya ha sido vacunado. Los investigadores de la CUN y del CIMA deberán valorar la respuesta de los pacientes al tratamiento.

DIARIO MEDICO.COM
Acceda al vídeo de la elaboración de la vacuna contra el linfoma folicular en diariomedico.com

ONCOLOGÍA

Un inhibidor reduce los efectos gástricos de irinotecan

■ Redacción

Los resultados de un estudio preclínico muestran que un inhibidor puede paliar los efectos adversos que produce el fármaco CPT-11, irinotecan, un quimioterápico que se emplea en tumores sólidos, como cáncer de colon. El citado inhibidor bloquea la acción de la enzima betaglucuronidasa, que tiene un papel importante en los efectos adversos que provoca el CPT-11, según los resultados de un estudio llevado a cabo por el equipo de Matthew Redinbo, de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, que se publica hoy en *Science*.

El problema con el CPT-11 comienza cuando el organismo excreta el fármaco. Cuando llega al intestino, las enzimas betaglucuronidasas del intestino metabolizan la glucosa del fármaco inactivado, lo que hace que se reactive. El fármaco vuelve a actuar y produce daño tisular que causa diarrea, efecto adverso observado en la gran mayoría de los pacientes tratados con el fármaco.

Para poder bloquear este efecto, el grupo de Redinbo trabajó con un equipo de la Universidad de Carolina del Norte, en Durham, y del Albert Einstein College, en Nueva York. Con una base de datos de más de 10.000 compuestos, seleccionaron cuatro candidatos que funcionaron, puesto que las enzimas permanecieron aletargadas y las células ilesas.

A continuación probaron uno de los inhibidores en ratones y, otra vez, los resultados fueron satisfactorios. Cuando los animales se trataron con CPT-11 y además se les administró el inhibidor tuvieron menos diarrea si se comparaban con los tratados con el quimioterápico. Si se consiguen perfeccionar los resultados obtenidos, el inhibidor podría mejorar la eficacia y tolerancia del quimioterápico.

■ (*Science* 2010; 330: 831-835)

INMUNOLOGÍA EL 67 POR CIENTO DE PACIENTES LOGRA, ADEMÁS, VIVIR LIBRE DE ENFERMEDAD

Una terapia génica en ADA-SCID logra supervivencia total

→ La terapia génica parece consolidarse en el tratamiento de inmunodeficiencias primarias. La aparición de leucemias es una amenaza, pero en

el tipo caracterizado por una carencia de la enzima adenosina desaminasa ya se habla del cien por cien de supervivencia sin efectos adversos.

■ José A. Plaza

Las mejoras ofrecidas por la terapia génica en inmunodeficiencias primarias han protagonizado la conferencia de apertura del IX Curso de Biotecnología Aplicada a la Salud Humana, organizado en Madrid por el Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas (Ciemat) en colaboración con Amgen.

Adrian Thrasher, del Centro de Inmunodeficiencias del Instituto UCL de Salud Infantil de Londres, ha explicado a DIARIO MÉDICO los datos logrados en inmunodeficiencia severa combinada con carencia de la enzima adenosina desaminasa (ADA-SCID). Para Juan Bueren, director del Programa de Terapia Génica de Células Hematopoyéticas del Ciemat y director del curso junto a José Luis Mellón, de Amgen, el momento en que la terapia génica pueda sustituir al trasplante alogénico está cada vez más cerca.

Más de una década después de que vieran la luz los primeros ensayos clínicos con terapia génica en ADA-SCID, Thrasher cree que la tecnología de transferencia genética ha avanzado lo suficiente para traducirse en mejoras clínicas significativas. Varios estudios recientes han demostrado la eficacia de retrovirus en la liberación de genes terapéuticos en células madre hematopoyéticas *ex vivo*.

¿Por qué hay leucemias?

Los datos hablan por sí solos: "Ya hemos logrado un cien por cien de supervivencia y un 67 por ciento de supervivencia libre de enfermedad", recalca Thrasher, para quien la llegada de la nueva generación de vectores virales, liderados por lentivirus, supondrá un nuevo paso adelante. Explica que el desarrollo de la recombinación homóloga y la reparación genética, junto a la aparición de vectores extracromosómicos estables tras la mitosis, marcará los próximos años.

Los resultados en ADA-SCID son especialmente positivos porque no se ha observado la aparición de leu-



Adrian Thrasher

La aparición de leucemias en SCID puede deberse, más que a la terapia génica, a una mayor susceptibilidad aportada por la propia enfermedad



Juan Bueren

Hay mejores resultados en ADA-SCID que en otras inmunodeficiencias primarias debido a una menor demanda proliferativa de las células

cemias, un problema ligado a diversas inmunodeficiencias primarias, como la severa combinada ligada al X (X-1-SCID). En este sentido, el

especialista cree que "la aparición de leucemias en estas enfermedades se debe más a la propia patología, que aporta una mayor suscepti-

bilidad, que a la terapia génica".

Los retrovirus son útiles para la retención del material genético en los procesos de división celular, pero tienen problemas "asociados a su dependencia ante la integración cromosómica, que eleva los riesgos de activaciones e inhibiciones génicas no deseadas".

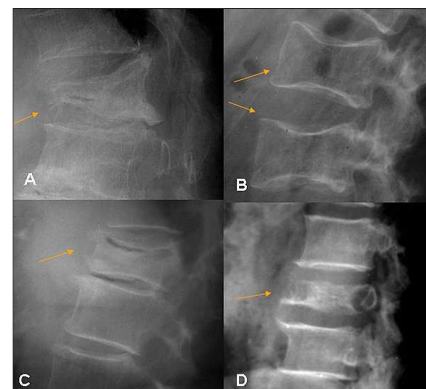
Aún hay que definir si hay ciertos riesgos ligados específicamente a X-1-SCID. En un ensayo con 19 pacientes, cinco desarrollaron enfermedad linfoproliferativa de células T después de haber alcanzado una reconstitución inmunológica satisfactoria. En cuatro de ellos, las secuencias de potenciación del vector retroviral, responsables de la expresión del transgén, tenían activado el proto-oncogén LMO-2.

Demanda proliferativa

Por su parte, Bueren ha tratado de explicar por qué, por el momento, hay mejores resultados en ADA-SCID: "La razón por la que hay mejores datos que en otras inmunodeficiencias puede ser la demanda proliferativa de las células, que no es tan fuerte en ADA como en el tipo Xi".

Bueren ya se pregunta cuándo la terapia génica podrá sustituir al trasplante alogénico: "Creo que sólo hay que esperar unos pocos años más para confirmar la ausencia de efectos adversos graves". El trasplante permite buenas cifras de supervivencia, pero "puede haber rechazos y hay que mantener al paciente inmunosuprimido". La terapia génica, al basarse en células autólogas, supera este problema.

En otros tipos de inmunodeficiencias también hay resultados interesantes. En X-1 la mejoría está ligada a un 80-90 por ciento de supervivencia, gracias a una terapia génica igualmente basada en un vector retroviral, pero se han dado casos de leucemia.



Imágenes de columnas vertebrales osteoporóticas.

REUMATOLOGÍA NUEVO NICHOS DE CM

La cronoterapia es un factor fundamental para combinar en osteoporosis

■ DM

Una investigación que se publica en el último número de *Cell Stem Cell* ha identificado una población de células madre óseas que son reclamadas a las zonas de remodelación en respuesta a la resorción ósea. Los autores, que han estado coordinados por Xu Cao, de la Facultad de Medicina Johns Hopkins, en Baltimore (Estados Unidos) han demostrado que el factor de crecimiento transformante β_1 (TGF- β_1) es esencial para el reclutamiento de células madre durante la remodelación ósea estimulada por la hormona paratiroidea (PTH). Además, aseguran que el alendronato logra inhibir la liberación de TGF- β_1 durante el proceso de resorción.

Cao concreta el hallazgo: "Inhibir el factor TGF- β_1 con alendronato provoca un reclutamiento insuficiente de células madre óseas en zonas de resorción, en relación a los procesos ligados a la remodelación ósea estimulada por PTH". Dado este mecanismo, los investigadores creen que es posible valerse del PTH antes del tratamiento, a través de fármacos antiresortivos como el alendronato.

Atención a los ensayos

Estos hallazgos ayudan a comprender por qué el orden y la cronoterapia en la combinación farmacológica son factores esenciales para el éxito terapéutico en osteoporosis y por tanto para el desarrollo de ensayos clínicos.

NEUROLOGÍA REITERACIÓN EN EL GEN FXN

La reparación del ADN es clave en ataxia de Friedrich

■ DM

Que la ataxia de Friedrich surge del silenciamiento del gen FXN era algo ya conocido. Un equipo del Instituto de Investigación Scripps ha desvelado ahora las claves de esta alteración genética, por la que se produce un elongamiento anormal del ADN que determina el grado de silenciamiento y, en definitiva, la gravedad de la enfermedad.

Según publica en el último número de *Cell Stem Cell* el equipo de Joel M. Gottesfeld, del Instituto Scripps, en California, la pieza fundamental en el proceso es una enzima re-

paradora del ADN vinculada a una expansión reiterativa del triplete del gen FXN. Esta expansión se produce porque la enzima trata, en vano, de reparar lo que reconoce como daño genético. Los autores también han implicado en el proceso al gen MSH2.

Se trata de la primera vez que se vincula esta expansión genética reiterativa del triplete, que también se relaciona con enfermedades como el Huntington, con la ataxia de Friedrich, y la primera ocasión en que se aporta un modelo sistémico para el estudio de este proceso en los genes del paciente.

ESTOMATOLOGÍA LA ODONTOLOGÍA DIGITAL SE ABRE PASO Y SUPERA A LA PANORÁMICA

La radiología tridimensional es esencial en implantología

→ La odontología digital ha revolucionado el campo de la implantología, así como el mayor conocimiento que se tiene de los aspectos biológicos

y biofísicos de las prótesis fijas. Todo esto ha hecho que se mejore la calidad de las técnicas de osteointegración.

■ Santiago Rego Santander

Llevar unos dientes fijos implantados era casi impensable hace apenas un par de décadas, pero la implantología se ha hecho más predecible en los últimos años gracias a nuevos diseños, conexiones y materiales de restauración protésicos de vanguardia. Todo ello, unido a la radiología digital tridimensional, en detrimento de la radiografía panorámica, ha mejorado las técnicas de trabajo, reducido la duración de los procesos y optimizado los resultados.

Son algunas de las conclusiones de Ignacio Rodríguez Ruiz, médico estomatólogo con clínica en Torrelavega, Cantabria, que ha presidido el comité organizador de la XL Reunión Anual de la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica (Sepes), presidida por José de Rábago Vega, que ha reunido en Santander a casi un millar de profesionales.

Tecnología CAD-CAM

El especialista ha puesto de relieve cómo la odontología digital ha contribuido decisivamente, en el campo de la implantología, con un mayor arsenal terapéutico a la hora de tratar a los pacientes con ausencia de piezas dentarias. "Comienza a haber líneas de investigación en donde los avances tecnológicos en la planificación y colocación de prótesis fijas sobre implantes se podrían llevar a cabo utilizando pilares especiales bajo tecnología CAD-CAM. Y todo ello manteniendo los pilares bio-estéticos preesta-



Ignacio Rodríguez Ruiz, Eduardo Anitua y José Rábago Vega.

blecidos", ha comentado.

A juicio de Rodríguez Ruiz, no obstante, continúan siendo decisivas las consideraciones periodontales en el tratamiento de soporte. "Los aspectos biológicos y biofísicos de las prótesis fijas hace tiempo que suscitan un notable interés, y en lo que respecta al periodonto sus efectos se inician con una adecuada preparación de los pilares, y siguen con la temporización, cementación y restauración final".

Según el presidente de esta reunión científica, considerando las implicaciones biológicas que las prótesis fijas ejercen sobre el perio-

donto, tanto durante las fases de construcción, como durante su función, "la evaluación final de su calidad vendrá dada por la respuesta favorable, a largo plazo, de los tejidos periodontales. De ahí que sea importante el reconocimiento de los signos de deterioro periodontal y la preceptiva profilaxis durante la fase de mantenimiento".

Atrofia

En este congreso también ha intervenido el médico estomatólogo Eduardo Anitua, director científico del Biotechnology Institute (BTI), de Vitoria, quien se ha referido a que cuando se restaura un maxilar superior atrófico,

que ha perdido todos sus dientes, el abordaje adecuado es tanto quirúrgico como protodónico. "La finalidad es reponer los dientes y con ellos la función correspondiente, para lo que contamos con técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas que arrojan muy buenos resultados. Son técnicas predecibles, y estamos trabajando con porcentajes de éxito del 99 por ciento".

Reparar un daño

Anitua, un experto en la osteointegración, ha presentado igualmente en este congreso un concepto nuevo: la desosteointegración. ¿En qué consiste? El especialista ha explicado que, en ocasiones, llega a la consulta un paciente que ha sido tratado previamente con implantes por otros especialistas, y que por diferentes circunstancias o esos implantes no estaban en la posición correcta, se había producido una infección o los resultados estéticos no eran los ideales, entre otros problemas que pueden darse.

Eduardo Anitua y su equipo han diseñado un protocolo para volver a la situación previa, lo que le ha supuesto cinco años de investigación: "Todo pasa por conseguir quitar los implantes de una forma atraumática, y de esta manera comenzar de nuevo. En suma, conseguir la reversibilidad de los tratamientos, lo que va a suponer un punto de inflexión en la implantología. Saber que un tratamiento tiene marcha atrás para volver a la situación previa es muy importante para el odontólogo", ha observado.

Para el ponente, un reto inmediato de la implantología consiste en solventar problemas y situaciones clínicas en la cavidad oral que hasta hace no demasiado tiempo eran impredecibles. "El mayor desafío que tiene ahora la especialidad es la predecibilidad o, lo que es lo mismo, lograr que el 99 por ciento de nuestros tratamientos -porque el cien por cien no existe en medicina- sean eficaces y cumplir así las expectativas de los pacientes", ha concluido Anitua.

ESCAPARATE

I FÁRMACOS

PARA LA PSORIASIS COMÚN

Daivobet Gel, de Laboratorios LEO Pharma, ha sido desarrollado como gel para la psoriasis. Combina un análogo de la vitamina D3 con un corticoide tópico en una sola formulación, gracias a un vehículo patentado, también desarrollado por LEO. Por otro lado, su innovadora fórmula en gel permite una más cómoda posología que se traducirá en una mejor adherencia al tratamiento. Distribuye: LEO Pharma. Tfno: 935 31 59 11.



I LIBROS

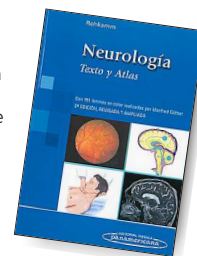
MEDICINA INTENSIVA DE PRINCIPIO A FIN

La obra *Medicina intensiva* ha sido coordinada por Juan Caturla Such y Abelardo García de Lorenzo y Mateos, jefes de Servicio en los hospitales universitarios de Elche, en Alicante, y La Paz, en Madrid, respectivamente. En ella se repasan todos los ámbitos cruciales de esta especialidad e incluye capítulos dedicados al fracaso multiorgánico, la resucitación cardiopulmonar, el abordaje en situaciones de shock, el embolismo pulmonar grave y la monitorización del paciente crítico, entre otros. El libro se abre con un prólogo dedicado al estudiante de medicina y las peculiaridades de las unidades de cuidados intensivos, escrito por los coordinadores, y culmina con una especial referencia al trasplante de órganos y al manejo de las principales patologías dependientes del tiempo por los servicios de emergencias extrahospitalarios, con las innovaciones recientes y protocolos comunes. Todos los capítulos finalizan con un resumen y conclusiones de lo expuesto, además de incluir una competente bibliografía. Edita: Editorial Ramón Areces. Tfno: 91 539 86 59.



TODA LA NEUROLOGÍA EN IMÁGENES

En este *Atlas de Neurología* se presentan todos los aspectos de la especialidad mediante textos enfrentados con figuras explicativas. Se incluyen diagramas, dibujos, fotografías clínicas y estudios de diagnóstico por imágenes. Destacan en la obra una descripción detallada de la anatomía y fisiología del sistema nervioso central y periférico, un repaso de los métodos de exploración más importantes (examen físico neurológico, neurofisiología clínica, diagnóstico por imágenes y biopsia, y su interpretación), y una subdivisión en secciones que tratan en forma pormenorizada los temas de las ciencias básicas, los sistemas funcionales, los síndromes y los cuadros nosológicos. Está editado por Reinhard Rohkamm, del Centro de Neuromedicina y Neurología de Sande, en Alemania. Edita: Panamericana. Tfno: 91 131 78 00.



LOGRAR LA ESTABILIDAD DE LOS TEJIDOS

Ignacio Rodríguez Ruiz, que es también vicepresidente de la Sepes, ha precisado que un importante desafío en la prótesis implantosoportada es lograr la estabilidad, a largo plazo, de los tejidos peri-implantarios. "Del logro de este objetivo dependerá no sólo el mantenimiento de la estética obtenida, sino también la solidez del soporte óseo, que ha de ser capaz de resistir sin alteraciones las cargas oclusales". El especialista ha reiterado que es esencial conocer en profundidad los fundamentos biológicos de los tejidos blandos y hueso-, y la manera de reaccionar de estos ante las

intervenciones clínicas del odontólogo, además de su afinidad hacia los materiales que componen la prótesis. Sólo de esta forma, ha añadido Ignacio Rodríguez, se podrá predecir el comportamiento de la prótesis y asegurar los resultados. Respecto a la colocación de implantes inmediatos, tras la extracción dentaria, ha asegurado que la tasa de supervivencia a corto plazo y los resultados clínicos son similares a los de implantes colocados en hueso cicatrizado. Además, los implantes inmediatos reducen el número de cirugías y el tiempo de tratamiento.

INFORMATIZACIÓN "LA TECNOLOGÍA NO ES EL PROBLEMA, TIENE SOLUCIÓN PARA TODO", AFIRMA JOAN CAMPS, DE LA OMC

No habrá interoperabilidad real hasta que no haya consenso en las regiones

→ La interoperabilidad de los sistemas de información sanitarios seguirá siendo un tema recurrente en cualquier foro del sector hasta que no exista una solución global. Sin embargo,

dados los avances tecnológicos producidos, el tono del debate se escora cada vez más hacia la necesidad de hacer *interoperables* las posturas de las Administraciones.

■ Rosalía Sierra

Hace ya años que se sabe, pero no ha de faltar nunca alguien que lo recuerde para que no se siga usando como excusa: "La tecnología tiene solución para todo, no es el problema; el problema de la interoperabilidad está en la falta de consenso. Los sistemas de información pueden comunicarse entre sí, pero de poco servirá si no se comunican las Administraciones", sostiene Joan Camps, director de Proyectos y de la Unidad Tecnológica del Consejo General de Colegios Médicos.

De acuerdo con Camps se ha mostrado Anna García Martínez, responsable de los sistemas de información para la evaluación de servicios sanitarios del Servicio Catalán de la Salud. A su juicio, "no sólo debemos garantizar que la interoperabilidad es técnicamente posible, sino lograr que las organizaciones nos comuniquemos y hablemos el mismo lenguaje".

Esto será posible porque "tenemos los instrumentos necesarios", pero difícil dado que "nos cuesta alcanzar consensos, por ejemplo en materia de categorización de datos: no toda la información puede circular; hay



Jesús Rivero (presidente de Dintel y moderador de la mesa redonda), Anna García Martínez, José Manuel Laperal y Joan Camps.

Los ficheros en papel no son seguros, pero tampoco lo serán los informáticos sin la formación adecuada a los profesionales sanitarios

que elegir cuál es relevante".

Camps y García Martínez han participado en una mesa redonda del III Foro Data Privacy Institute, iniciativa de la Asociación Española para el Fomento de la Segu-

ridad de la Información, organizado en colaboración con la Organización Médica Colegial. Junto a ellos, José Manuel Laperal, responsable de Seguridad e Innovación Tecnológica del Servicio Madrileño de Salud, ha ahondado en la idea de García Martínez: "Ni toda la información es relevante ni resulta necesaria a la hora de prestar asistencia sanitaria".

Seguridad informática

Lo que sí está claro es que toda la información clínica debe estar escrupulosamen-

La información clínica digital es un instrumento muy útil para investigación y docencia, siempre que estén disociados los datos personales

te protegida: "Los ficheros en papel no son en ningún modo seguros, pero pueden ser menos peligrosos que una base de datos. En un hospital, cualquiera con una bata blanca puede acceder a

uno o unos pocos historiales en papel. Sin embargo, si alguien deja la contraseña escrita en un *post-it* en el escritorio, cualquiera puede tener acceso a toda la base de datos", alerta Camps.

Registro de accesos

Laperal, por su parte, reconoce estos riesgos pero recuerda que, afortunadamente, "un vistazo a una historia clínica en papel pasa desapercibido, pero una entrada en la base de datos informatizada queda registrada y se puede rastrear".

Por eso es importante contar con las adecuadas medidas de seguridad, pero, por encima de todo, "con formación y concienciación a los profesionales. Sin ellas, todo el despliegue tecnológico no servirá de nada".

En cuanto a lo tecnológico, resulta recomendable aplicar los estándares vigentes y las normas de seguridad establecidas específicas para el sector sanitario, que incluyen "la adecuada disociación de los datos sanitarios y la información de carácter personal, que permitirá utilizar información clínica completa pero no identificable para investigación y docencia", apunta García Martínez.

MEDIO AMBIENTE

Son Espases ahorrará un millón de euros anuales en energía

■ Europa Press Palma

Las medidas de generación energética incorporadas al nuevo Hospital de Son Espases, de Palma, entre las que se encuentran la adecuación al Código Técnico de Edificación, la adaptación al Reglamento de Instalaciones Técnicas de Edificación y la apuesta por la cogeneración, permitirán un ahorro energético anual de un millón de euros en relación con Son Dureta, ya que se reducirá un 35 por ciento el consumo de energía.

El hospital se proveerá de energía gracias a 640 paneles fotovoltaicos y 365 paneles solares. Se espera que la aportación de energía solar cubra el 70 por ciento de la demanda. También se ha incrementado en un centímetro el aislamiento térmico de las cubiertas para la menor pérdida de calor y se han incluido medidas de control de la iluminación.

EMPRESAS

DESCARTA RIESGOS

La Aemps normaliza el empleo de 'Rotateg'

■ Redacción

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) ha autorizado el uso de la vacuna para la gastroenteritis por rotavirus *Rotateg*, de Sanofi Pasteur-MSD, una vez concluida la investigación iniciada el pasado junio con motivo de la detección de fragmentos de ADN de virus porcinos (circovirus) en la vacuna. Esta investigación, liderada por la agencia europea EMA, concluye que la presencia de los citados fragmentos no supone un riesgo para la salud, por lo que mantiene la autorización de la vacuna en los términos en los que se aprobó en 2006.

CALIDAD CÁTEDRA PFIZER A LA INNOVACIÓN

El Consorcio de Tarrasa, premio a la excelencia clínica

■ Redacción

El Consorcio Sanitario de Tarrasa ha recibido el Premio Cátedra Pfizer a la Innovación y Excelencia en la Gestión Clínica por el proyecto *Aplicación de nuevas tecnologías en la mejora de la continuidad asistencial de la farmacoterapia de los pacientes quirúrgicos*, un programa interdisciplinar de conciliación de la medicación a lo largo de todo el proceso asistencial de los pacientes quirúrgicos basado en el uso de las TIC en una organización sanitaria integrada. La Fundación Pfizer reconoce con este premio, dotado con 10.000 euros, el esfuerzo por la mejora continua de la

calidad y la excelencia en la gestión clínica.

Según Elvira Sanz, presidenta de la Fundación Pfizer, "este proyecto constituye una innovación que incide en la calidad técnica del servicio a los pacientes y mejora la calidad de la atención y la continuidad asistencial mediante la optimización de los sistemas de comunicación e información".

Asimismo, en el décimo aniversario de la cátedra, el jurado ha querido reconocer mediante un premio especial la trayectoria de innovación y excelencia en la gestión clínica del Hospital Universitario Valle de Hebrón, de Barcelona.



Elvira Sanz, presidenta de la Fundación Pfizer; Javier Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad de Madrid; Josep Monterde, del Hospital Universitario Valle de Hebrón; Cristina Roure, del Consorcio Sanitario de Tarrasa, y Lola Ruiz Iglesias, directora de la Cátedra de Gestión Clínica de la Fundación Pfizer.

Esta distinción responde al esfuerzo realizado por esta institución para conseguir mejoras significativas. Gracias a un ambicioso proyecto, ha logrado transformar un modelo clásico en uno

con gestión integrada, esencialmente orientado al uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos. En este modelo, el Servicio de Farmacia actúa como una verdadera estructura trans-

versal, con intervenciones dirigidas al uso adecuado del fármaco, considerando que la medicación es la primera causa de acontecimientos adversos derivados de la asistencia sanitaria.

INFORMATIZACIÓN EL CAMBIO LLEGA PRINCIPALMENTE POR LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

El auge de los SI revoluciona la vigilancia epidemiológica

→ Una de las bendiciones que traen consigo los sistemas de información es que todo queda registrado. Y la vigilancia epidemiológica lo está

aprovechando para aumentar el control que lleva a cabo sobre las enfermedades en poblaciones determinadas.

■ Enrique Mezquita Valencia

La vigilancia epidemiológica se basa en monitorizar la situación de salud de una población determinada, y en los últimos años ha cambiado de forma espectacular gracias a la adaptación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) al sistema sanitario. La extensión de herramientas como la historia clínica electrónica en primaria y especializada permite disponer de una información que hace una década era impensable.

Según Herme Vanaclocha, presidenta del comité organizador de la XXVIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), celebrada en Valencia (ver DM del martes), "estos cambios han supuesto una revolución a todos los niveles, incluyendo tanto al clínico, que puede abordar mejor a sus pacientes porque disponen de la información necesaria rápidamente, como a los epidemiólogos, que analizamos con mayor facilidad cómo se distribuye la enfermedad en la población".

Vanaclocha, del Área de Epidemiología de la Dirección General de Salud Públi-



Herme Vanaclocha, presidenta del comité organizador.

ca valenciana, ha apuntado que "gracias a estos avances, podemos ver situaciones y fenómenos con exhaustividad y oportunidad en el tiempo". A modo de ejemplo ha apuntado el reciente brote de legionelosis en Madrid o la alerta generada por la gripe A el año pasado: "Se han abordado de forma completa al poder aplicar las TIC a nuestro trabajo y recoger prácticamente *on-line* lo que está pasando".

"A los epidemiólogos se nos conoce sobre todo por el control y la vigilancia de las enfermedades infecciosas -situación compartida en to-

do el mundo-, pero la realidad es que nuestro ámbito global es la vigilancia de la situación de la salud". A modo de ejemplo, esta visión nos permite "ir analizando lo que pasa con el tabaco como hábito, pero también con el cáncer de pulmón como respuesta a ese hábito".

Respecto al traslado al clínico de los resultados de la vigilancia epidemiológica, "gracias a esas tecnologías se puede hacer un *feedback* rápido que antes no existía". De nuevo, ha recordado el ejemplo de la gripe A, subrayando que "los médicos asistenciales disponían de infor-

mación prácticamente diaria de lo que estaba pasando en su comunidad autónoma, a través de las webs autonómicas y del propio ministerio. Se trataba de una información oficial y que permitía saber si había muchos o pocos casos, si eran o no graves, qué factores de edad o de riesgo podían estar implicados en los casos...". Vanaclocha cree que esa información facilitada tenía un gran interés para planificar y mejorar la atención en el día a día y el abordaje de los casos.

■ Desigualdades en salud

Uno de los grandes retos para los epidemiólogos es el análisis de las desigualdades en salud, un aspecto donde la Organización Mundial de la Salud está haciendo gran hincapié, en opinión de Vanaclocha. "Se trata de una información fundamental para cualquier política gubernamental en este ámbito, ya que abordar las diferentes desigualdades en salud debe considerarse una prioridad". La vigilancia epidemiológica "debe profundizar en el análisis de la situación de salud de la población en función del estrato (género, edad, situación socioeconómica...)".



Los robots *Da Vinci* y *McSleepy*.

ROBÓTICA USO EN PROSTATECTOMÍAS

La robotización de cirugía y anestesia se potencia al unir 'Da Vinci' y 'McSleepy'

■ Redacción

Científicos de la Facultad de Medicina de la Universidad McGill, en Canadá, han realizado la primera intervención robótica completa, que incluye la operación y la administración de anestesia.

Los investigadores han empleado el robot quirúrgico *Da Vinci*, que hasta ahora se había empleado en localizaciones remotas, junto con el robot *McSleepy*, que se desarrolló en 2008 para conseguir la administración automática de la anestesia. La novedad de esta intervención es que por primera vez se han utilizado de forma conjunta ambas tecnologías para llevar a cabo una prostatectomía en el Hospital General de Montreal, en Canadá.

"La participación de los robots en medicina tiene beneficios importantes como el aumento de la seguridad, la precisión y el cuidado en el paciente", explica Thomas Hemmerling, del Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad McGill.

El robot *Da Vinci* permite realizar movimientos con los instrumentos quirúrgicos que el ser humano es incapaz de ejecutar. Si a esta situación le añadimos la capacidad de *McSleepy*, los resultados pueden revolucionar la medicina actual.

"En las prostatectomías la anestesia robótica puede tener un papel crucial. Según sea el paciente, la ope-

ración requerirá una posición diferente y un grado alto de relajación muscular para que la operación sea lo más perfecta posible", expone Hemmerling. "*McSleepy* garantiza la misma calidad en cada intervención, independientemente de la experiencia del facultativo que programe la cirugía, ya que puede ser configurado de forma distinta dependiendo del tipo de intervención".

La combinación de '*Da Vinci*' y '*McSleepy*' permite que se realicen cirugías más rápidas, seguras y precisas en los pacientes

Sin embargo, Hemmerling ha reconocido que todavía queda trabajo pendiente para perfeccionar los componentes de los robots, desde aspectos técnicos hasta otros requerimientos específicos.

Además, el especialista ha destacado que la combinación de ambos robots puede potenciar que se realice un cuidado más específico con los pacientes. "Esto permitirá que se realicen cirugías más rápidas, seguras y precisas en los pacientes".

ENDOCRINOLOGÍA ADEMÁS DEL ENVÍO DE GLUCEMIA, SE POTENCIAN EDUCACIÓN Y SEGURIDAD

El Hospital General de Valencia busca junto a Indra el control total del diabético mediante la telemedicina

■ David Rodríguez Carenas

El binomio telemedicina-diabetes suele ser sinónimo de envío de parámetros de glucemia. La empresa Indra ha ido más allá y ayer presentó en el Hospital General Universitario de Valencia un prototipo para el tratamiento inteligente de la diabetes.

Al consabido envío de datos se le unen aplicaciones como prescripción de dieta, ejercicio aeróbico con pulsómetro, recordatorio de la toma de la medicación y educación diabetológica, "quizás el aspecto más importante, aunque todos lo son en una herramienta que

también podrá desarrollarse para otras enfermedades crónicas, como hipertensión y dislipemias", ha valorado Carlos Sánchez, jefe de la Unidad de Endocrinología y Nutrición del hospital. Los pacientes también podrán realizar sus ejercicios de rehabilitación, programados por los profesionales con identificación de movimientos mediante cámaras web.

Además, el sistema permite consultar información sobre fármacos y sus interacciones, generar alertas para profesional y paciente y poner a disposición del primero un buscador de docu-

mentación científica en repositorios documentales.

Desde Indra, Felipe López-Cano y Carlos Gutiérrez, gerente de Sanidad y jefe de proyecto de *Tratamiento 2.0*, respectivamente, subrayan la importancia de "la agrupación de varias áreas: rehabilitación, educación, seguridad, prevención...".

El prototipo consta de una unidad central de integración -un ordenador común conectado a internet- instalada en la casa del paciente sobre la que se conectan dispositivos biométricos -glucómetros, tensiómetros..., y

domóticos -sensores de temperatura ambiental y luminosidad-. Las posibilidades del sistema se han comprobado con la simulación del hogar de un paciente.

Sánchez, López-Cano y Gutiérrez han coincidido al señalar dónde está el futuro en la telemedicina para diabetes: "Tenemos que dejarlos de pilotos", explica el gerente de Sanidad de Indra, al que complementa el médico del General: "Aunque se dejen de hacer muchas consultas presenciales, hay que contar con el tiempo que necesitaremos para atender con este sistema".

DIARIO MEDICOM

Lea más noticias entrando en la sección de Robótica en Tecnología.

INMOBILIARIA

MADRID. Alquiler apartamento amueblado. Nuevo. 1 Dormitorio. Bien comunicado. Garaje. Marqués Viana. Teléfono 679-374-611.

VENTA BARBASTRO CATEDRAL APARTAMENTOS OBRA NUEVA TERMINADA -UNO, DOS DORMITORIOS- CALIDADES LUJO. TAMBIÉN CONSULTA. TELÉFONO 667-582-910.

ALQUILO DOS DESPACHOS PARA CONSULTA MÉDICA. C/ JOSÉ ORTEGA Y GASSET, 61. MÓVIL 651-737-349. CONSULTA 914-015-906 (TARDES).

ALQUILO: CONSULTAS MÉDICAS, CUALQUIER ESPECIALIDAD. EDIFICIO LUJO. ARGÜELLES. TELÉFONO 91 543.94.79.

MATERIAL

Por cese de actividad, consulta ginecológica cedo mobiliario e instrumental. Zona Plaza Castilla. Tel. 607-698-809.

PREMIOS

La Fundación Mapfre convoca la edición de 2010 del premio *A toda una Vida Profesional*.

En reconocimiento a una persona mayor de 65 años, por una vida profesional dedicada al mundo

de la salud. Se valorará la entrega generosa del candidato a su actividad profesional, así como los beneficios para la sociedad derivados de ella.

La dotación del premio es de 15.000 euros y el fallo de la convocatoria se hará público en diciembre de 2010, comunicándose a todos los participantes.

Premio 2010 al Desarrollo de la Traumatología Aplicada de la Fundación Mapfre.

Está destinado al mejor trabajo relacionado con la investigación traslacional o clínica en cirugía ortopédica y traumatología. Se puede optar tanto individualmente como en equipo mediante trabajos originales e inéditos realizados antes de junio de 2010.

El trabajo ganador, dotado de 15.000 euros, será publicado en la revista *Trauma*. El fallo de la convocatoria se hará público en diciembre de 2010, comunicándose a todos los participantes.

La Fundación Mapfre convoca la edición de 2010 del premio *Superando Barreras*.

Está orientado a premiar a la institución que más haya contribuido a la superación de barreras para la integración de las personas con discapacidad. Se valorará especialmente la naturaleza innovadora de las medidas propuestas y la experiencia de su aplicación. Con una dotación de 15.000 euros, el fallo se hará público en diciembre de 2010.

Información: www.mapfre.com

PLANNING

NOVIEMBRE

16 Nutrición. Jornada informativa Aesan-OMC.

Se celebra en el salón de actos Ernest Lluch del Ministerio de Sanidad, organizada por la Asociación Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Más información e inscripciones: Tfnos. 91 431 77 80 y 91 338 01 48. E-mail: rmuncharaz@cgcom.es y mlopezlo@mpspi.es

17 Oftalmología. Inicio a la faecoemulsificación.

Organizado por el Instituto Alcon, tiene lugar en el Wet Lab Alcobendas, de Madrid. Más información: Tfno. 901 12 03 03. Web: www.InstitutoAlcon.com

17-19 Pediatría. III Encuentro Nacional de Pediatría Ambiental y Salud Comunitaria de España: Medio Ambiente y Salud Reproductiva. Construyendo nuestro legado.

Tiene lugar en el Centro Educativo de Medio Ambiente de Caja Mediterráneo, en la Urbanización Torre Guil, Sangonera la Verde (Murcia). Más información e inscripciones: E-mail: pilar.losantos@ffis.es. Web: www.ffis.es

17-20 Medicina Interna. XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna, II Congreso Ibérico de Medicina Interna y VII Congreso de la Sociedad Asturiana de Medicina Interna.

Se celebran en el Auditorio-Palacio de Congresos Príncipe Felipe, en Oviedo. Más información e inscripciones: Tfno. 91 535 71 83. Fax: 91 181 76 16. E-mail: congresos@shmedical.es. Página web: www.XXXI.congresosemi.org

18-19 Dermatología. V Curso Teórico Práctico sobre Aplicaciones Dermatológicas del Láser y Luz Intensa Pulsada.

Se celebra en la Facultad de Medicina de Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 690 846 097. E-mail: sbc@sbc-congresos.com. Web: www.sbc-congresos.com

18-19 **Oncología.** V Jornadas Hitos Oncológicos: lo mejor de 2010. Se celebran en el Hotel Wellington, en Madrid. Más información e inscripciones: Tfno. 91 357 66 09. Fax: 91 357 65 21. E-mail: congresos@grupopaulamedica.com

18-19 Microcirugía. XIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Microcirugía.

Se celebra en el Centro Cultural Diputación de Orense. Más información e inscripciones: www.microcirugia.org. Tfno. 93 246 35 66. Fax: 93 231 79 72. E-mail: e.torres@torrespardo.com

18-19 Pediatría. XLVI Curso de Progresos y Terapéutica en Pediatría y Cirugía Pediátrica.

Se imparte en el Auditorio Edificio Docente San Juan de Dios, en Esplugues de Llobregat, Barcelona. Más información e inscripciones: Tfno. 93 253 21 30. Fax 93 280 41 79. E-mail: directiociencia@hsjdbcn.org. Web: www.hsjdbcn.org

18-19 Traumatología. XIV Jornadas de Actualización en COT. Patología del Miembro Superior.

Se imparte en el Hospital Morales Meseguer, de Murcia. Más información e inscripciones: Tfno. 96 836 09 37. E-mail: jornadascot.moralesmeseguer@yahoo.es

18-20 Deportiva. IV Congreso Internacional Universitario de las Ciencias de la Salud y el Deporte.

Organizado por el Comité Olímpico Español, el Atlético de Madrid y el Real Madrid, tiene lugar en la sede del COE. Más información e inscripciones: Tfno. 607 710 560. E-mail: atleticodemadridrealmadrid@yahoo.es. Web: www.congresoatleticodemadridrealmadrid.es

19 Oftalmología. Actualización en la gestión y el tratamiento de la patología macular.

Organizado por el Instituto Alcon, tiene lugar en su auditorio de El Masnou, Barcelona. Más información: Tfno. 901 12 03 03

Las instituciones que deseen que sus convocatorias aparezcan en este PLANNING pueden comunicarlo a la dirección de DIARIO MÉDICO (Avenida de San Luis, 25. 28033 MADRID) o al fax 91 44 63 40. Convocatorias nacionales e internacionales por especialidades en BM Internet: <http://diariomedico.com/agenzia>

Suscríbase por un año a
Expansión

y llévese **GRATIS**
un fabuloso regalo

GPS



Cafetera NESPRESSO



Televisor LCD 19"



Sólo disponible en reparto a domicilio



SUSCRÍBASE YA
902 99 61 00
atencionalcliente@expansion.com



Expansión

El beneficio de la información

HISTORIA II GUERRA MUNDIAL

No todos los alemanes eran nazis

→ Unos 40.000 alemanes fueron condenados a muerte por traidores durante el III Reich por oponerse a Hitler, denunciar la eutanasia o tratar de parar el exterminio de judíos y la guerra. Desertores, colaboracionistas, derrotistas o cobardes; así eran vistos por muchos de sus compatriotas.

■ Rosalía Sánchez

Klaus Hankel recibió las instrucciones para su primera misión secreta una mañana de diciembre de 1940, en la que la ciudad de Münster amanecía bajo la nieve.

El joven de 27 años había sido citado en el obispado y desconocía la razón, aunque sospechaba que le sería asignado algún trabajo urgente en los hospitales que acogían heridos de guerra, debido a los estudios parciales de medicina que había realizado antes de entrar en el seminario. No fue recibido por el secretario, como de costumbre, sino por el propio cardenal Von Galen que, tras una taza de té y una breve conversación sobre los servicios que había prestado a la diócesis, le desveló la auténtica naturaleza de su nombramiento como enfermero en el Hospital Johannisstift.

Por aquel entonces los rumores acerca de que los ancianos y enfermos crónicos o mentales estaban siendo eliminados en los centros sanitarios hacían a los alemanes evitar al médico. Pero todo eran rumores, nada se sabía oficialmente del programa denominado *Aktion T4* para eliminar las "vidas que no merece la pena que continúen". Así comenzaba la orden que Hitler había firmado en octubre de 1939, basada en un informe que redactó su médico personal, Theo Morell. A los médicos y parteras se les pedía que inscribieran en un cuestionario confidencial a los niños con síntomas de retraso mental o deformidad física. La última decisión era tomada por tres expertos que marcaban una cruz roja si el niño en cuestión debía ser eliminado. Pronto se extendió a otros niños minusválidos y a los adultos.

Para el cardenal resultaba difícil separar los rumores de la realidad. No podía dar crédito a lo que se comentaba a pie de calle y deseaba averiguar hasta qué punto era cierto que familiares con deficiencias mentales de sus



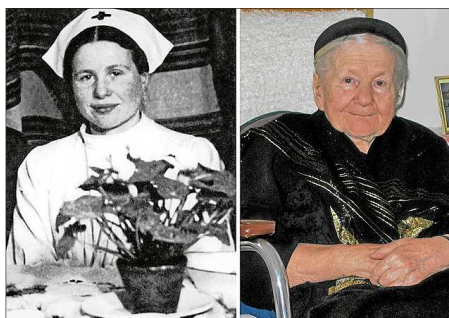
Llegada de Hitler a la concentración de Nuremberg de 1935.

parroquianos habían sido llamados a los hospitales y no habían vuelto nunca, por culpa de los infartos de corazón que aparecían en los partes de defunción. La misión de Hankel era trabajar como enfermero en el hospital evangélico de Johannisstift e informar sobre cualquier irregularidad.

"Tardé sólo unas semanas en reunir varias copias de los cuestionarios y órdenes de traslado a Hadamar", un psiquiátrico en Brandenburgo que se usaba como prisión y en la que estos pacientes fallecían a causa de "gases letales escondidos en las duchas". Así recuerda un ya muy débil anciano la elaboración del informe que entregó a Von Galen y que forma parte del expediente de beatificación del cardenal, quien, basándose en estos datos, pronunció en 1941 su famosa homilía de resistencia.

Paz y ostracismo

El destino de numerosos resistentes al III Reich tras la guerra fue el ostracismo en-



La enfermera Irena Sendler trabajó en el gueto de Varsovia.

tre sus compatriotas. Para muchos alemanes, hambrientos, doloridos y vencidos, no eran más que traidores que habían contribuido a la derrota y al desastre. Algunos, sin embargo, se vieron desenmascarados por los acontecimientos y sufrieron dolorosas consecuencias de decisiones que hoy aparecen ante nuestros ojos como ejemplares. Ése fue el caso de Luzius y Martha Büttner. En 1941, Luzius era destinado en Varsovia con el ejército de ocupación, su apellido alemán no levantaba sospe-

chas y fue una de las personas a las que Irena Sendler acudió para ocultar a los niños judíos que conseguía sacar del gueto. La polaca, candidata al Nobel de la Paz, era por entonces una enfermera del gueto de Varsovia.

Irena se las arregló para sacar niños en ambulancias, en cestos de basura, en sacos de patatas, y ni siquiera cuando fue detenida y torturada en la prisión de Pawiak desveló el paradero de los pequeños. Durante el levantamiento de Varsovia, temiendo por su vida, escribió



Theo Morell, al fondo, médico personal de Hitler.

LAS CLAVES

Héroes anónimos

Los opositores eran enfermeras, religiosos o estudiantes que arriesgaban a diario la vida.

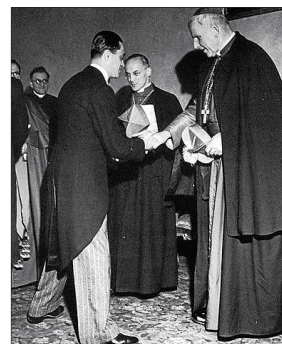
No sólo unos pocos

La manifestación de mujeres contra

Goebbels reunió en 1943 a más de 200 personas.

Un largo silencio

Los residentes despreciados por "colaboracionistas" callaron tras la guerra movidos por el deseo de olvidar y el temor a las represalias de sus vecinos.



Klaus Hankel (izda.) y el cardenal Von Galen en Roma en 1946.



La familia Büttner antes de que los chicos fuesen apartados.

unas listas de nombres y familias de acogida que enterró en el jardín de su vecina. Las listas volvieron a ver la luz después de la guerra con la esperanza de que aquellos niños pudiesen regresar con sus familiares vivos.

Büttner tuvo la suerte de no ser descubierto hasta terminar la guerra. No menos de 25.000 miembros de la Wehrmacht fueron ejecutados por traición, desertión, derrotismo u objeción de conciencia. Detrás de esos casos, se escondían intentos de resistencia o sentido co-

mún ante situaciones bélicas desesperadas. En la trastienda de cada historia queda el sabor amargo del fracaso y sus protagonistas parecen haber asumido que las acciones recibieron sólo castigos. Se rinden ante la evidencia de que la resistencia nunca pudo desestabilizar al III Reich, pero hay casos que demuestran que sí obtuvieron resultados, como el de las mujeres de la Rosenstrasse.

MOTOR AUDI 'A7 SPORTBACK'

Berlina con aire de coupé

→ Tiene cinco puertas, pero la inclinada línea del techo y el reducido tamaño de las lunas laterales dan al Audi A7 el aspecto de un gran coupé. Está disponible con motores gasolina y diésel desde 59.530 euros.

■ Carlos Espinosa Martínez

Después de iniciarse en el subsegmento de los coupés de cinco puertas con el A5 Sportback, Audi estrena un A7 Sportback que se posiciona por tamaño, precio y equipamiento, a medio camino entre las berlinas A6 y A8. El nuevo modelo resulta imponente. 4,97 metros de longitud, 1,91 de anchura, 1,41 de altura, diseño musculoso, ventanillas sin marco, llantas que nunca bajan de 18" (hay hasta de 20"), amplio portón con alerón integrado (se despliega a 130 km/h y se oculta al reducir a 80)... Todo para agradar a un conductor de mediana edad que busca una berlina lujosa y quiere que ésta tenga un innegable aspecto deportivo.

En su interior, la sensación de calidad de acabados y materiales le acerca más al A8 que al A6. Su redondeado salpicadero puede contar con sistema Head Up Display (proyecta sobre el parabrisas información relativa a la velocidad o la navegación) y recibe elementos de equipamiento tan especiales como un sistema Touch Pad que permite dibujar con el dedo los números o escribir

Características

- | MOTOR 2.8 FSI
- | Cilindrada 2.773 c.c.
- | POTENCIA 204 CV a 6.500 rpm.
- | PRESTACIONES Velocidad máxima: 235 km/h.
- | 0 a 100 km/h: 8,3 segundos.
- | CONSUMO medio: 8 l/100 km.
- | EMISIONES 187 gr/km.
- | PRECIO: 59.530 euros.

la dirección que queremos introducir en el navegador, cuya pantalla de 6,5" emerge del salpicadero al poner el contacto y ofrece mapas de Google Earth. La sensación de amplitud y luminosidad es generosa, pese a que las ventanillas de las puertas ocupan sólo un tercio de la superficie lateral del coche, y las butacas están disponibles en diferentes tipos de cuero y pueden incluir climatización y masaje. En las plazas traseras hay espacio de sobra para que dos acompañantes de más de metro ochenta se acomoden sin problemas de altura o espacio para las piernas. Audi no

tiene previsto que su A7 cuente con una quinta plaza, así que el maletero de 535 litros se antoja más que de sobra para los cuatro ocupantes.

Cuatro motores

En el momento de su lanzamiento se puede elegir entre cuatro motores, todos ellos de seis cilindros. La gama de gasolina arranca con un 2.8 FSI que entrega 204 CV y 280 Nm, y se completa con un TFSI que, gracias a la ayuda de un turbocompresor, eleva potencia y par hasta los 300 CV y los 440 Nm. El primero ya alcanza 235 km/h y pasa de 0 a 100 en 8,3 segundos, mientras que el segundo tarda 5,6 en alcanzar los 100 km/h desde parado y tiene una velocidad punta de 250 km/h. En cuanto a los diésel, se puede optar por un 3.0 TDI con 204 CV que gasta sólo una media de 5,3 l/100 km gracias al sistema Start/Stop y tiene una velocidad máxima de 235 km/h, o por una mecánica también 3.0 pero con la potencia crecida hasta los 245 CV y un tope de 250 km/h. Es de esperar que en adelante aparezca una versión S7, que también estaría



La línea del A7 Sportback se parece a la del A5, pero su tamaño es mayor.

modos: dinámico, estándar y confort) y Audi Assist, que advierte al conductor si el cambio de carril entraña algún peligro de colisión. A todo ello el cliente puede añadir un diferencial deportivo, suspensión neumática, luces adaptativas, focos delanteros compuestos por luces LED, cristales de insonorización especial, detector de las señales que limitan el tráfico, regulación eléctrica de la columna de dirección, asistente de aparcamiento (mueve el volante al estacionar el coche en línea o batería), etc.

Los precios arrancan en 59.530 euros para la versión de gasolina de 204 CV, y tienen su máximo en los 65.930 euros que cuesta la versión de 300 CV.

animada por el mismo V10 de 485 CV que en la actualidad ya monta el S6, aunque de momento no hay confirmación ni fecha prevista.

Los modelos con tracción delantera incorporan una transmisión Multitronic de siete velocidades, mientras que aquéllas que disponen de tracción quattro (las más potentes) cuentan con una transmisión S Tronic también de siete marchas. La

primera toma de contacto con el modelo nos ha permitido conocer un despliegue tecnológico abrumador. La construcción de la carrocería incluye un 20 por ciento de los componentes en aluminio, por lo que el peso de la versión más liviana es de 1.695 kg.

Además, de serie incluye el sistema Audi Drive Select (ajusta la respuesta de motor y transmisión según tres

LIBROS NOVEDADES

Espías, conspiraciones y agentes dobles en 'La voz del pasado'

→ Fernando Rueda, periodista especializado en espionaje español, publica *La voz del pasado*, una novela sobre redes terroristas internacionales, asesinatos y conspiraciones que apuntan a la mismísima realeza. El mundo del espionaje contado desde dentro del desconocido ámbito del Centro Nacional de Inteligencia.

■ Marta Esteban Benavides

Hija y nieta de espías españoles, Ela (Manuela) Langares ha pasado a la historia del Centro Nacional de Inteligencia (CNI) por ser la primera mujer que alcanza el cargo de directora de operaciones. Con este nombramiento arranca la novela *La voz del pasado*, un entramado de sucesos con el espionaje como telón de fondo.

Dos historias paralelas enfrentarán a Ela Langares con un pasado inesperado y con un futuro incierto y peligroso. Ela se estrenará en su nuevo trabajo con un caso complicado de implicaciones internacionales. Todo comienza con la aparición

en escena de un confidente que responde al nombre de Badía, que alerta al CNI de la existencia de una conspiración para asesinar a uno de los nietos de la reina Isabel II de Inglaterra. La información facilitada por Badía obligará a la protagonista a sumergirse en expedientes pasados clasificados como de alto secreto que revelarán la vinculación del desconocido confidente con las muertes del Papa Juan Pablo I, la princesa Grace de Mónaco y Lady Di.

Las investigaciones para descubrir la veracidad de la información de Badía y desenmascarar a los supuestos responsables del planeado

magnicidio adquieren un cariz inesperado para la protagonista al descubrir la implicación de su padre.

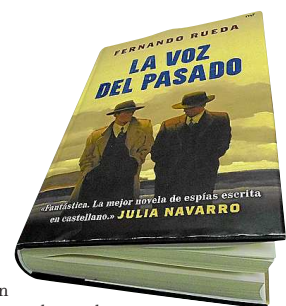
Pero ese no será el único problema que deberá resolver Ela Langares. Su abuelo, espía durante la dictadura de Franco, le revela en unas cintas su relación con el doble agente más famoso de la historia, Kim Philby, que utilizaba el nombre de Badía para sus operaciones en España durante la posguerra. La reputación de la nueva directora de operaciones está en juego y su continuidad en el CNI depende del éxito de su primer caso.

A través de las páginas de *La voz del pasado*, Fernando

Rueda Rieu, periodista especializado en espionaje español y autor de éxitos como *La Casa*, primera obra que se publicó en nuestro país sobre el servicio de inteligencia español, traslada al lector a un mundo desconocido, peligroso e inquietante.

La obra, que se desarrolla en Madrid, Praga y Londres, principalmente, introduce al lector en las entrañas del CNI y le hace partícipe de cómo se desarrollan las intervenciones secretas y cómo de arriesgada es la vida de los agentes secretos (uno de los subordinados de Ela se introduce como infiltrado en la red que trama la conspiración).

Su amplio conocimiento del CNI hacen de *La voz del pasado* una de las obras más fascinantes sobre las redes terroristas internacionales y el papel de los servicios secretos y de sus agentes. La especialización de Rueda en el espionaje nacional e internacional le convierten en voz autorizada para trasladar una realidad que conoce a la perfección a una novela de ficción que podría inspirar el guión de una película de cine negro. Asesinatos, agentes dobles, filtraciones, conspiraciones, traiciones y lealtades se dan cita en una de las me-



jores novelas de espías.

Rueda es doctor en Periodismo por la Universidad Complutense, autor de obras de investigación como *Espías* y *Por qué nos da miedo el Csid*, entre otras, y ha participado en la biografía *Fuerza y Honor* sobre el periodista Juan Antonio Cebrían.

LA VOZ DEL PASADO

Autor: Fernando Rueda Rieu | Ediciones Martínez Roca, Madrid 2010 | Páginas: 542

ESCAPADA CANTABRIA



El Puente del Diablo, estructura natural de roca en los acantilados de Cueto, y el faro de Cabo Mayor, que funciona desde 1838.

¡Que viene 'La Vaca' del mar!

→ Una marejada de olas gigantes está a punto de llegar a Santander. Un campeonato de surf reta a 16 de los más importantes *riders* del mundo a que las *cabalquen*. Sin fecha fija por la naturaleza azarosa del mar, puede tener lugar hasta el próximo 31 de marzo.

■ Mar Junco

Un enorme monstruo surge de un mar embravecido. Rema y rema, el surfista se rompe los brazos huyendo de él como alma que lleva el diablo y, entonces, cuando la inmensa ola lo alcanza y parece que va a engullirlo, éste deja de remar y con agilidad asombrosa se pone de pie sobre su tabla.

Y comienza a bailar al gigante... con desparpajo pero con respeto. En el acantilado, miles de aficionados silban eufóricos. De repente, el mar se enoja aún más. La gran ola empieza a cerrarse sobre sí misma y rompe completamente de golpe tragándose al valeroso *riders*. Unos largos *ooooooooohs* entre el público preceden a un preocupante murmullo... unos segundos inquietantes hasta que, entre la espuma blanca, alguien ve asomar una cabeza. La gente vuelve a aplaudir mientras las motos acuáticas se internan entre las olas para rescatar al valiente...

Un año más la aventura, la emoción y el riesgo están garantizados con la llegada de *La Vaca*, una de las más excitantes olas gigantes de nuestro país.

La Vaca no es exactamente una ola, sino una rom-



El simpático mapa del surf que traza Victoria Martos.

piente, situada frente a la playa santanderina de El Bocal (entre la emblemática playa de El Sardinero y la de La Maruca). En este famoso lugar surfista se suceden continuamente las olas, una tras otra, pero no es hasta la llegada del otoño cuando esta rompiente se convierte en un nirvana para los amantes del surf extremo, cuando el mar se enfurece como nunca y produce gigantescas olas que llegan a alcanzar los 18 metros de altura!

Es entonces cuando se celebra el *Quiksilver La Vaca Gigante*, el campeonato de olas gigantes más mediático del panorama nacional que

reúne a 16 de los más importantes surfistas del mundo. Nadie quiere perderse el espectáculo.

Pero si este evento ya tiene un componente de dificultad, peligro y aventura, para complicarlo aún más ocurre la circunstancia de que no tiene fecha concreta de celebración, ya que nadie sabe exactamente cuándo se van a producir las series de olas gigantes necesarias esta competición (se necesitan olas con un mínimo de 5 metros de altura). Sólo se sabe que *La Vaca* llegará (nunca falla) entre el próximo lunes 1 de noviembre y el 31 de marzo.

Los sofisticados y modernos métodos de detección meteorológicos sólo pueden predecir la llegada de la monstruosa marejada con 72 horas de antelación, tiempo suficiente para organizar un campeonato que aglutina a más de 3.000 aficionados de toda España. La organización tiene ese margen para traer a Santander a los 16 participantes de todos los rincones del mundo y, a través de las webs del evento, de los patrocinadores y de las instituciones implicadas (entre ellas el Ayuntamiento de Santander) se convoca a todos los aficionados para que no se pierdan el *show* de esta *vaca* que más que mugir... atrona. Cantabria es una de las regiones de España más surferas. Prácticamente todas las playas de su litoral cuentan con escuelas para enseñar este deporte.

El medio centenar de puntos surfistas de sus costas, entre las que destacan célebres olas como las de Somo, Ris, Liencres, Usgo, Suances y Ajo, ha hecho que esta comunidad se convierta en un referente internacional del turismo de surf.

MÁS INFORMACIÓN EN LA LUNA DE METRÓPOLI / EL MUNDO

COMER

EN EL OTOÑO MÁS PERUANO

FERNANDO POINT

Es el otoño, no del patriarca, sino claramente del peruano en Madrid. Debe ser cuestión de homenajear a Mario Vargas Llosa. Si es así, nos sumamos al homenaje y brindamos por el Nobel con un *pisco sour*. (Por favor, sin exceso de azúcar...) Sea como sea, bienvenida sea esta frenética serie de aperturas de nuevos restaurantes. Unos son de peruanos con cocina peruana, La Gorda, de Carmen Delgado, y Virú, de Kiko Zeballos, y al menos otro –el Nikkei 225 de Luis Arévalo, del que pronto nos ocuparemos– de un peruano, Luis Arévalo (ex 99 Sushi Bar), con cocina japonesa, pero cada vez más repleta de toques... pues eso, *nikkei*, es decir, de la tradición culinaria de los peruanos de ascendencia japonesa.

Antes de avanzar, una pequeña reflexión. La cocina peruana disputa a la mexicana el título de la más compleja y completa de las Américas. En su crisol se han fundido cuatro influencias muy dispares: la autóctona –tanto de la costa como del Ande y del interior amazónico–, la criolla y, más recientemente, las de las inmigraciones china (cocina *chifa*) y japonesa. Y se puede encontrar aún más, como algunos platos de clara ascendencia africana en lugares como Ica. Pero frente a tan apabullante diversidad, los cocineros peruanos de la diáspora sienten como una obligación patriótica el incluir siempre en sus cartas algunos platos paradigmáticos (que diría el cursi): nunca faltarán ceviches varios, papas a la huancaina, ají de gallina, lomito saltado, suspiros de limeña...

Es un poco como si todo restaurante español en el extranjero tuviese que servir fabada, paella, gazpacho y tortilla de patatas. Y nos recuerda aquella época en que todos los italianos de Madrid servían saltimbocca a la romana... Pero claro: aquellos eran italianos de pega y estos peruanos son auténticos.

No nos quejemos, pese a esa cierta uniformidad: en el restaurante que lleva el nombre de su provincia natal –Virú está en la costa norte del Perú–, Kiko Zeballos, que llegó a Madrid como chef de Astrid y Gastón, está ofreciendo desde el primer momento una cocina fina, interesante, que va a ir ampliando su abanico de platos en los próximos meses.

De entrada, el pan de camote –de boniato o más bien de batata, que es como en España llamamos al boniato de carne anaranjada– con una salsa huancaina bien especiada con ají amarillo le pone a uno en la onda con su combinación de dulzor y calor. Luego, correctos ceviches, uno mixto (corvina, pulpo, langostinos) y otro de corvina sola. (Por cierto: salvo el nombre, la corvina gaditana que aquí se emplea, o *Argyrosomus regius*, no tiene estrictamente nada que ver con la genuina corvina del Pacífico, o *Cilus gilberti*, faltándole sobre todo esa firmeza compacta de la carne que tanto enaltece un ceviche peruano.) Más interesante el tiradito de atún con crujiente de camote y una sorprendente salsa de guanábana. El bien especiado arroz con pato (un *magret*, en este caso) o el jugoso lomito saltado, tan irreprochables como el suspiro a la limeña (el clásico y el renovado). Algunos vinos de interés.

MÁS INFORMACIÓN EN LA LUNA DE METRÓPOLI / EL MUNDO

QUÉ VER

Playa de Somo

Situada en uno de los municipios más turísticos de Cantabria, esta playa cuenta con dos kilómetros de longitud de arena fina dorada y fuerte oleaje. Es uno de los spots surfistas más famosos del norte de España.

Parque Natural Dunas

de Liencres

Con 195 hectáreas, este parque está formado por calas y dos playas de gran belleza, una gran extensión de bosque de pino marítimo y el sistema dunar. Es también un buen lugar para el surf.

Paseo marítimo.

Es imprescindible una visita al hermoso Paseo

Marítimo de Santander, entre lujosos edificios del siglo XIX y el conjunto escultórico *Los Raqueros*, que representa a niños que recogían monedas del mar.

Puente del Diablo

Estructura natural de roca situada en los acantilados de Cueto (cerca de la playa de El

Bocal). Su formación se debe a la erosión por efecto del oleaje. Está protegido como Bien Inventariado Incluido Inmueble.

Faro Cabo Mayor

Privilegiado balcón al mar que preside la entrada a la Bahía de Santander. Funciona desde 1838 y tiene un gran valor histórico.



Kiko Zeballos, en el centro, rodeado de su equipo.

V. S. D.

SUGERENCIAS PARA EL FIN DE SEMANA

CINE EL ESTRENO

De Irak y las conspiraciones

→ La controversia sobre la guerra de Irak se ha visto reflejada en el cine estadounidense. Está también al fondo de *Caza a la espía*, que cuenta el caso real de Valerie Plame, agente de la CIA cuya identidad se reveló cuando su marido denunció el uso de información falsa para justificar la guerra.

CAZA A LA ESPÍA

TÍTULO ORIGINAL: FAIR GAME. EEUU, 2010 | DIRECCIÓN: DOUG LIMAN | GUIÓN: JEZ Y JOHN-HENRY BUTTERWORTH | FOTOGRAFÍA: DOUG LIMAN | MÚSICA: JOHN POWELL | INTÉRPRETES: NAOMI WATTS, SEAN PENN, TY BURRELL, SAM SHEPARD, BRUCE MCGILL |

■ F. J. F.

En el año 2002, el exembajador Joseph C. Wilson regresó de Níger, a donde había ido en misión oficial para investigar la posible venta de uranio a Irak, con la conclusión de que tal sospecha era falsa. Al parecer, su informe no convenció al Gobierno de George Bush, que le había enviado y que estaba convencido de que había tal venta de uranio, lo que explicaría su tesis de que Irak estaba fabricando armas nucleares. Wilson publicó un artículo en *The New York Times* en el que contaba sus conclusiones, con lo que provocó un escándalo notable.

En medio de la gran polémica política, la identidad de su esposa, Valerie Plame, agente de la CIA durante casi veinte años, se filtró, poniendo en peligro su vida y la de sus fuentes y contactos.

Pese a la gravedad del caso, puesto que en Estados Unidos es delito federal revelar la identidad de un agente de la CIA, sólo se acusó a un miembro del equipo del vicepresidente Dick Cheney, que se beneficiaría de un indulto.

Esta es la base de la historia que cuenta, casi ocho años después, *Caza a la espía*, la nueva película de Doug Liman, el director de *El caso Bourne*, que cuenta con Naomi Watts y Sean Penn, juntos de nuevo tras *21 gramos*, en los papeles del matrimonio Wilson.

Liman ha quedado algo relegado en la serie Bourne tanto por el éxito de las dos secuelas de su película, que la crítica también ha saludado como progresivamente más densas y atractivas,



Sean Penn y Naomi Watts ya trabajaron juntos en *21 gramos*, de Alejandro González Iñárritu.

cuanto por el interés menor (que no el éxito, al menos en el caso de *El señor y la señora Smith*, con Brad Pitt y Angelina Jolie) de sus películas posteriores.

Sin embargo, *El caso Bourne* merece respeto, más allá de su propio éxito, que justificaría sus secuelas, por su imaginativa puesta al día de las películas de espías de los 60 y 70, en las que se daban la mano la acción (necesariamente en escenarios internacionales) con un elaborado dibujo de los personajes y notable carga política, con el tema del enfrentamiento entre las libertades civiles y los poderes estatales y las teorías conspirativas con eje esencial.

Liman logró conciliar una puesta en escena moderna,

deudora del uso de los efectos digitales, con un respeto cabal a un tipo de historia y de cine (partía de una novela de Robert Ludlum) que quizá volvía a tener sentido en el nuevo escenario político que creaba el terrorismo islamista.

Hollywood y Bush

Con este bagaje, Liman se antoja, *a priori*, un cineasta capaz de sacar partido en *Caza a la espía* a una historia con dos caras: de un lado, la de agentes y de alta política, con el aliciente de basarse en hechos reales, y, de otro, la de la peripecia dramática del matrimonio protagonista, sometido a una vivencia que amenaza su estabilidad emocional e incluso su vida.

Al parecer, el proyecto

tiene mucho de empeño profesional, en tanto historia de denuncia de un abuso institucional, y además por parte del Gobierno de Bush, que, la verdad, no tenía demasiados amigos en Hollywood.

Jerry y Janet Zucker (*Ratas a la carrera*), como productores impulsores del filme, fueron los que creyeron en la necesidad de llevar al cine el drama de los Wilson, y encargaron el guión a dos guionistas alejados de la historia, los hermanos británicos Jez y John-Henry Butterworth, el primero director de películas como *Oscura seducción*. Sean Penn, muy activo en materia política, se habrá sentido cómodo en el papel de Joe Wilson. Y la implicación de Liman le ha llevado a asumir también la dirección de fotografía, dado su interés en rodar en lugares conflictivos, como Bagdad, para lo que necesitaba moverse con un equipo mínimo y rodar en muy poco tiempo.

Pocos asuntos recientes han dividido tanto a la sociedad estadounidense, y por extensión al mundo occidental, como la guerra de Irak. Y el cine ha dado muestra de ello. Ahí están títulos como *La sombra del reino* (Peter Berg, 2007), *En tierra hostil* (Kathryn Bigelow, 2008) y *Green zone: distrito protegido* (Paul Greengrass, 2010). *Caza a la espía* echará más leña al fuego.

OTRAS NOVEDADES



Salidos de cuentas

Buena parte del equipo de *Resacón en Las Vegas*, con el director Todd Phillips y el actor Zach Galifianakis a la cabeza, repiten fórmula de comedia disparatada y gamberra, en este caso con el accidentado regreso a casa de un hombre (Robert Downey jr.) para asistir al

nacimiento de su primer hijo.

Ladrones

Un abogado metido a cineasta, John Luessenhop (*Lockdown*), es el artífice de un filme sobre jóvenes, apuestas y minuciosos atracadores de bancos. Un viejo tema que nunca se agota.



CINE CRÍTICA

RETRATO DE LA AMARGURA

Francisco J. Fernández

STONE

EEUU, 2010 | DIRECCIÓN: JOHN CURRAN | GUIÓN: ANGUS MACLACHLAN | FOTOGRAFÍA: MARYSE ALBERTI | INTÉRPRETES: ROBERT DE NIRO, EDWARD NORTON, MILLA JOVOVICH, FRANCES CONROY |



Puesta en escena y actores insuflar un poco de vida a una película con apuntes de interés, pero demasiado chata

Al cineasta estadounidense John Curran le interesan los conflictos internos del hombre, eso que le hacen tan misterioso y sorprendente, los mecanismos que a veces le hacen actuar de un modo extraño, contrario a los propios principios e incluso al sentido común.

Indagó en la desorientación de dos matrimonios al borde de la madurez en *Ya no somos dos*, en la que abordaba la crisis de identidad propia de esa transición y exploraba desde los temores y las dudas hasta el callejón sin salida de la infidelidad. Y viajaba al pasado en *El velo pintado*, donde seguía a una pareja que encontraba su identidad en la China de los años 20 del siglo pasado y en medio de la lucha contra la enfermedad y la muerte.

Vuelve a hollar sobre los pasos dados con su nueva película, *Stone*, filme desequilibrado pero no exento de atractivo y desasosegante sobre, de nuevo, la difícil tarea de encontrar sentido a la vida, hallar el propio camino, y esa enfermedad terrible que es la amargura.

Cuenta la historia del encuentro entre el preso cuyo apodo a título al filme y el funcionario que debe evaluar si puede beneficiarse de la libertad condicional. Y a través de ellos y sus esposas Curran ofrece cuatro perspectivas sobre la amargura. La de Jack, funcionario a punto de jubilarse, que huye y busca sin saber cómo y sin convicción una ayuda en la religión; la de *Stone*, tan desorientado que cree ver señales donde sólo hay miedo; la de la esposa de Jack, paralizada por un temor cerval a su marido, y la de la joven mujer de *Stone*, a la que la propia inconsciencia le salva de la amargura que atrapa a los otros.

El problema del filme es que parte de un guión insuficiente. Angus MacMachlan ha reconvertido una obra teatral propia, y ahí puede estar el problema. No es un análisis de la amargura, en tanto no se especula sobre las causas y la evolución de los personajes. La historia es más bien un retrato, en tanto se trata más de un descubrimiento, una toma de conciencia por parte de los protagonistas de su vacío, su desorientación, su amargura.

Pero eso, más propio de una obra de teatro, no encaja bien ni en el lenguaje ni en la razón de ser de la obra cinematográfica. *Stone* es chata, y su propuesta negra, dura, resulta asfixiante, por cuanto ni se conocen las razones ni se describe una evolución de los personajes que permita llegar a alguna conclusión o, siquiera, a abrir alguna puerta a la esperanza.

La película depende de la puesta en escena y de las interpretaciones. Y Curran no sale mal parado. Elige una puesta en escena sugerente, basada en detalles y elipsis que obligan al espectador a completar. Y acierta en la dirección de los actores, especialidad de la casa. Robert de Niro y Frances Conroy están soberbios. Se mueven mejor en unos personajes mejor perfilados. Edward Norton y Milla Jovovich se lanzan a pecho descubierto a unas interpretaciones arrolladoras que, quizá por el peor acabado de sus roles, son pocos verosímiles.

Director y actores logran insuflar vida a un filme que consigue que el espectador se enfrente con una enfermedad quizá más extendida de lo que parece y que se llama amargura. Y su cuadro tan desolador sirve para que uno salga del cine prometiéndose que hará lo que sea por intentar vacunarse contra aquella patología brutal.