

DUDAN DE QUE LAS PRIMERAS PLAZAS MIR CON ESTE MODELO PUEDAN SALIR EL PRÓXIMO SEPTIEMBRE

Autonomías y especialidades critican el mutismo sobre la troncalidad

➔ Tres meses después de que el Grupo de Trabajo de Troncalidad elevase su propuesta docente a Sanidad, autonomías, comisiones y sociedades coinci-

den en el preocupante silencio oficial sobre el estado del futuro decreto. Todos ven difícil que las primeras plazas troncales se oferten en septiembre.

Más allá de la intención de Sanidad de aprobar el proyecto de real decreto de troncalidad en el primer semestre de este año, autonomías, comisiones nacionales y sociedades científicas califican de preocupan-

te el mutismo oficial sobre el estado actual de la futura norma. Los representantes autonómicos y los presidentes del Consejo de Especialidades y de Facme coinciden en que el último borrador que conocen

es el que el Grupo de Troncalidad envió a Sanidad en octubre, y Alfonso Moreno recuerda que a ese texto le faltaban aspectos clave, como definir las competencias comunes de las especialidades que com-

partirán tronco. Al margen de su contenido, todos dudan de que los MIR puedan optar por la vía troncal en la convocatoria 2011-2012, como oficialmente sigue manteniendo Sanidad. **PÁG. 6**

[EL REPORTAJE DEL DÍA PÁG. 8]

La madurez del menor es decisión del médico

Los jóvenes de entre 14 y 16 años pueden ser considerados por sus médicos como menores maduros y, por lo tanto, tomar decisiones que conciernen a su salud sin contar ni con la autorización de sus padres ni con su conocimiento. La ley otorga al médico un poder de decisión que un juzgado de Barcelona ya tildó de excesivo.



El menor de 16 años enredado entre su autonomía y la patria potestad; el médico resuelve el dilema.

MAÑANA, EXAMEN

El 45,7% de los licenciados que optan a una plaza MIR son foráneos

13.203 licenciados en Medicina se presentarán mañana al examen MIR para acceder a una de las 6.881 plazas ofertadas para la formación especializada. De los aspirantes a lograr un puesto, el 45,7 por ciento proceden de facultades extranjeras (551 de países comunitarios, y el resto de centros académicos de fuera de la Unión Europea). El 59,4 de los candidatos son mujeres. **PÁG. 6**

LA INTERVENCIÓN NECESARIA ERA LA DE CADERA

Un juzgado penal absuelve a tres médicos que operaron por equivocación una rodilla

El Juzgado Penal número 3 de Huelva ha absuelto a tres facultativos que operaron por error la rodilla de una paciente en vez de la cadera. El fallo analiza por separado la responsabilidad de cada uno de los médicos. La resolución

admite que no fue correcto obviar el historial clínico, pero hay factores para descartar la imprudencia, como que la zona quirúrgica preparada por las enfermeras para intervenir era la rodilla de la paciente. **PÁG. 7**

CCOO: "TODOS LOS OPI ESTÁN EN LAS ÚLTIMAS"

Los recortes empiezan a hacer estragos en los contratos y programas Ciber

Los recortes presupuestarios empiezan a hacer mella. Salce Elvira, secretaria de I+D+i de CCOO, denuncia que "todos los OPI están en las últimas; el Gobierno les está obligando a la inactividad". Mientras, gerentes de algu-

nos Ciber hablan de un 2011 complicado y alertan de que con las reducciones por segundo año consecutivo, y con las reservas casi agotadas, habrá que prescindir de contratos y de grupos de investigación. **PÁG. 4**

Mona Lisa parece como si acabara de estar enferma o va a estarlo

NOEL COWARD



Alberto Gil, Carmen Serna y Luis López-Ibor.

El intervencionismo es eficaz y seguro para el ictus isquémico

La terapia intervencionista endovascular podría ser de elección en casos indicados con ictus isquémicos, según la experiencia de un equipo del Hospital Clínico de Madrid. **PÁG. 9**

La ablación por microondas, una opción en el tumor no quirúrgico

El empleo de las microondas en la ablación de ciertos tipos de tumores que no resultan candidatos a cirugía convencional podría ser una buena opción terapéutica. **PÁG. 10**

V.S.D.

SUGERENCIAS PARA EL FIN DE SEMANA

CINE 17

RED reúne a Bruce Willis, John Malkovich, Morgan Freeman y Hellen Mirren en una película de espías de la vieja escuela.

ESCAPADA 18

Enoturismo en la comarca vallisoletana de Peñafiel y sus bodegas.

HISTORIA 19

El teatro más antiguo de Hispania está en Cádiz y se está preparando para conmemorar el bicentenario de *La Pepa*.

ARTE 20

El barroco español vuelve a las estanterías con una reedición fundamental para comprenderlo.



daflon[®] 500mg

Micronizado

Fracción Flavonoica purificada y micronizada

Es curioso que nuestros científicos del sector público, siendo tan aficionados como son a publicar cuanto antes evidencias innovadoras (incluso las que tienen potencial para ser patentadas, lo cual resulta una ruina para el país), muestren aversión por compartir los resultados negativos de sus proyectos, que es un conocimiento igual de útil, al menos para evitar que se repitan experimentos muy costosos. La excusa no puede ser que no haya revistas específicas porque las hay: *Journal of Negative Results in Biomedicine*, por ejemplo. Entonces, ¿por qué

CARMEN FERNÁNDEZ REDACTORA JEFE

El derroche de los resultados negativos en I+D

del Parque de Investigación Biomédica de Barcelona. Pues quizás vaya siendo hora de que en la comunidad científica y la docente, las instituciones dedicadas (universidades, institutos, hospitales) y las administraciones financiadoras den importancia a lo que realmente lo tiene, que no son precisamente los factores de impacto.

SUMARIO

nº
4.267
AÑO XX
VIERNES
28 ENERO

SANIDAD PÁG 4

El recorte en los presupuestos de 2011 en investigación mina los contratos y programas Ciber • El PP y Semergen piden una cartera de servicios única para el SNS

PROFESIÓN PÁG 6

Las comisiones nacionales y las regiones critican el mutismo de Sanidad con la troncalidad • El 45,7 por ciento de los que optan mañana a una plaza MIR son titulados extranjeros

NORMATIVA PÁG 7

Un juzgado de Huelva absuelve en vía penal a tres médicos tras operar por error una rodilla • Reportaje: La decisión de la madurez del menor recae en el médico

MEDICINA PÁG 11

Paclitaxel mejora la regeneración axonal después de una lesión medular • Muestran una imagen genética de la lucha entre *S. pneumoniae* y las vacunas

GESTIÓN PÁG 13

El Clínico de Barcelona baja un 30% las transfusiones en cirugía cardíaca • El lanzamiento de *Revolade*, de GSK, causará la revisión de protocolos en PTI grave • Microscopio inteligente

V.S.D. PÁG 17

Bruce Willis, John Malkovich, Morgan Freeman y Hellen Mirren se unen en una cinta sobre espías de la vieja escuela • Enoturismo por Valladolid • El teatro más antiguo de Hispania



RECORTES PRENSA

THE LANCET

Religión, trasplantes y definición de muerte

Un intenso debate se ha reavivado en los círculos ortodoxos judíos sobre si la muerte cerebral es compatible con la definición de muerte de la Halajá, el cuerpo doctrinal judío. Hace unos días, Jonathan Sacks, rabino jefe del Reino Unido, causó cierta consternación cuando publicó un edicto declarando que él y su corte rabínica rechazaban la definición legal y médica de la muerte y sólo aceptaban la definición halájica de paro cardiorrespiratorio. Esta interpretación llega en un momento en que todos los países discuten modos más eficaces de promover la donación de órganos.

La postura de Sacks sigue

a la publicación de un documento de 110 páginas, en junio del año pasado, por el Comité de Halajá del Consejo Rabínico de América (RCA), en el que se anulaba una norma anterior de que la muerte cerebral es aceptable. El 7 de enero, la RCA tomó la inusual decisión de emitir una aclaración debido a las "fuertes reacciones de muchos sectores" tras la publicación de ese documento. En ella reconoce que las diferentes interpretaciones están en manos de las autoridades halájicas y que "es mejor permitir que cada rabino determine por sí mismo... qué posición va a adoptar". Nuevas declaraciones de otros rabinos, de Israel y Estados Unidos, confirmaron su apoyo a la muerte cerebral como criterio válido y añadían que "adoptar una posición restrictiva en cuanto a la donación de órganos y otra permisiva con respecto a la recepción es moralmente in-

defendible". Según dijo al *Jerusalem Post* Robert Ber- man, de la Sociedad Halájica de Donación de Órganos, el documento "contiene errores médicos y distorsiones históricas". Sin duda, utiliza un lenguaje emotivo, por ejemplo cuando se trata de poner fin a la práctica del soporte vital en los pacientes con daño cerebral a los que "intencionalmente se les quita, a fin de causar un paro cardíaco y ponerles en la categoría de donantes".

Cualquier política sobre el final de la vida -religiosa, ética o médica- debería cumplir tres criterios. En primer lugar, debe basarse en pruebas científicas sólidas. En segundo lugar, debe tener la mejor intención, tanto para la persona cuya vida ha terminado como para la que necesita un órgano. Y en tercer lugar, debe ser comprensible y compartida por la persona dentro de su contexto cultural y religioso.

El judaísmo no es la única

EL DATO

2.500

ensayos registrados muestran el potencial de las terapias avanzadas

Según se recoge en la página www.clinicaltrials.gov, donde se registran la mayor parte de los estudios clínicos reglados, el número de ensayos en terapias avanzadas sigue aumentando. Se estima que hay unos 3.400 ensayos de terapia experimental con células madre, la mayor parte con adultas, y la EMA ha aprobado el primer fármaco para la regeneración del cartílago de rodilla.

religión en la que la incertidumbre sobre la definición de la muerte y la falta de una interpretación unificada hace que la gente dude en donar sus órganos. Michael Olivier y su equipo describían en octubre pasado en *Nephrol Dial Transplant* cómo un paciente musulmán en su lista de trasplante renal le hizo entender la ignorancia de los mé-

dicos sobre las creencias religiosas en el contexto del trasplante de órganos.

En el Islam también se debate sobre el concepto y la definición de muerte cerebral, y está prohibido violar el cuerpo humano vivo o muerto. Sin embargo, como en el judaísmo, el altruismo es también importante y salvar una vida se valora mucho en el Corán. Sin embar-

go, los países islámicos en general tienen una baja tasa de donantes de órganos. En el budismo tibetano la creencia es que, mientras preservar la integridad física del cuerpo muerto no se considera crucial, la conciencia espiritual puede permanecer en el cuerpo durante varios días después de la muerte y cualquier interferencia puede perturbar la reencarnación. El sijismo y el hinduismo apoyan los trasplantes porque la integridad física del cuerpo muerto no se considera un concepto importante.

Con países cada vez más multiculturales es importante que los médicos conozcan el significado de la muerte y las sensibilidades culturales de las diferentes religiones. Líderes religiosos y médicos necesitan trabajar juntos para evitar desconfianzas y confusiones. La doctrina religiosa tiene que ser interpretada con conocimiento, sabiduría y humildad.

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 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 Cotel Vilá

REDACTORA JEFE DE DIARIOMEDICO.COM: Elena Escala

COORDINADOR DEL CONSEJO CIENTÍFICO: Dr. Manuel González Barrón

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 Y SUSCRIPCIONES

902 99 82 11

suscripciones@unidadeditorial.es

SOCIEDAD EDITORA:

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

DISTRIBUCIÓN CONTROLADA POR

PPD

S.V.P. número

92010 R,

concedido

por el Ministerio de Sanidad

DIRECTOR COMERCIAL: Jesús Zaballa

Tfno. 91 443 55 01

DIRECTORA DE PUBLICIDAD ÁREA SALUD: Mar de Vicente

Tfno. 91 443 54 10

DIRECTORA DE PUBLICIDAD: Belén Pérez

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

KEY ACCOUNT MANAGER: Daniel de Julián

danieldejulian@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 55 02

DEPARTAMENTO COMERCIAL MADRID

Eusebio Eisman eusebio.eisman@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 mariajose.garcia@unidadeditorial.es Tfno. 91 443 54 92

PUBLICIDAD

Alicia López alicia.lopez@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 01

Marta Arroyo Alegre marta.alegre@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 55 49

DEPARTAMENTO COMERCIAL BARCELONA

Tina Pamplona tina.pamplona@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 40

Rosa Lorea rosalorea@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 23

Susana Nocete susana.nocete@unidadeditorial.es

Tfno. 93 496 24 50

CLASIFICADOS Y PEQUEÑO ANUNCIO

Fernando Serrito huelte@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 52 01 Fax: 91 443 59 74

COORDINACIÓN:

Nuria del Pozo nuria.pozo@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 52 63

DIRECTORA DE MARKETING

Rosario Serrano

marichalar@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 91

FORMACIÓN

Eva Allaya

allaya@unidadeditorial.es

Tfno. 91 443 54 96

TRÁFICO INTERNET

trafico.salud@unidadeditorial.es



Josep Carreras

Tenor y presidente de la Fundación Josep Carreras. En la reunión del Foro Económico Mundial de Davos ha recibido el *Crystal Awards* 2011 por su labor y empeño en luchar contra la leucemia y conseguir que algún día sea una enfermedad cien por cien curable. El Foro honra con ese premio a artistas que han utilizado su arte para mejorar las relaciones entre culturas o para una labor solidaria.

EL PULSÓMETRO



Harald zur Hausen

Premio Nobel de Medicina. El investigador y médico alemán que recibió el Premio Nobel de Medicina en 2008, junto con Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier, será investido hoy doctor *honoris causa* por la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid. Junto a él, el centro reconocerá con este título a Ramón Tamames, economista de la cátedra Jean Monnet de la UE, y Peter Waldmann, sociólogo.

LA 2ª OPINIÓN. “No mezclamos debates. No estamos hablando de eutanasia, sino del derecho a morir con dignidad y evitar sufrimientos innecesarios. No es el momento de regular otra cosa que no sean los cuidados paliativos y la muerte digna; en el calendario del Gobierno está esta norma y no otra”. [Leire Pajín, ministra de Sanidad] Se agradece que la ministra haga hincapié en que la futura ley se centrará en los cuidados paliativos, pero como en tantos otros asuntos debería escuchar a los expertos y desterrar el término *muerte digna*, porque la muerte en sí misma queda al margen de toda categoría.

AGENDA

VIERNES

28

ENERO

Psiquiatría

XII Simposio sobre Trastornos Bipolares. Se celebra en el Auditorio del Hospital San Juan de Dios, de Barcelona. Más información: Tfno. 93 436 22 35 / 606 443 265. E-mail: info@verummedica.com

Oncología

Network of Progesterone Signaling to the Genome in Breast Cancer Cells. Se celebra en el auditorio del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas de Madrid, impartido por Miguel Beato, del Centro de Regula-

ción Genómica de Barcelona. Más información: Tfno. 917 328 000. E-mail: ccc@cni.es. Web: www.cni.es

Oftalmología

Tratamiento y seguimiento del glaucoma. Organizado por el Instituto Alcon, tiene

lugar en el Auditorio Alcon de El Masnou, Barcelona. Más información: Tfno. 901 12 03 03. Web: www.institutoalcon.com

Oftalmología

X Reunión Nacional de Urgencias de Oftalmología.

Se celebra hoy y mañana en el salón de actos del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid. Información: E-mail: icarrillo.hdoc@salud.madrid.org

Reumatología

IV Congreso Nacional de la

Sociedad de Fracturas Osteoporóticas (Sefraos). Tiene lugar hasta mañana en el Citymar Gran Hotel Almería (Avda. Reina Regente, 8), de Almería. Más información: E-mail: sefraos@sefraos.com. Web: www.sefraos.com

RADIOGRAFÍA



LA PAZ RINDE HOMENAJE A MUNUERA. Profesionales y pacientes del Hospital La Paz han rendido homenaje al desaparecido traumatólogo Luis Munuera (ver DM del 10-I-2011). Todos los participantes, empezando por su gerente, Rafael Pérez-Santamarina, destacaron la profunda humanidad de Munuera tanto en su labor asistencial como en la docente y en la científica, así como su gran erudición, su buen trato y su fina ironía. “Su fallecimiento supone una gran pérdida tanto para el mundo de la Medicina y de la Cirugía Ortopédica y Traumatología, al que tanto tiempo de su vida dedicó, como para la sociedad, por su constante inquietud y su compromiso social”, dijo Pérez-Santamarina, quien añadió que su pasión por aprender y por enseñar le llevó a ciudades como Oxford y Nueva York donde aprendió algo que más tarde aplicaría en sus clases: el buen profesor no es el que da buenas explicaciones, sino el que hace buenas preguntas.



DIARIOMEDICO.COM

ENCUENTRO DIGITAL

Santiago Ponce, Oncología Médica del 12 de Octubre. Con motivo del Día Mundial contra el Cáncer que se celebra el próximo viernes 4 de enero, Santiago Ponce, de la unidad de cáncer de pulmón del Servicio de Oncología Médica del Hospital 12 de Octubre, responderá a partir de las 11:00 horas las dudas de los lectores. Envíe sus preguntas y participe en directo en el encuentro digital. Consulte las próximas citas en la sección de Opinión/Participación.



FACEBOOK

Participación. Siga las actualizaciones de MédicaBlogs desde la red social Facebook. Seleccione las entradas que más le gusten y recomiéndelas a sus amigos y conocidos para que puedan leerlas. Además, puede dejar comentarios y crear discusiones de los temas que le interesen.

Aven Escitalopram 2011

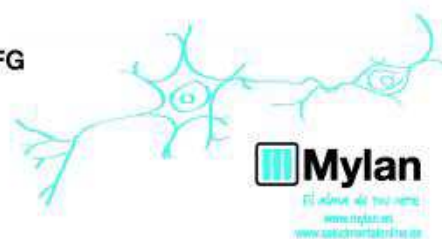


Escitalopram MYLAN EFG

Bioequivalente con Cipralex®[®]

- 10 mg 28 comp. rec. con película C.N. 664301
- 15 mg 28 comp. rec. con película C.N. 664302
- 20 mg 28 comp. rec. con película C.N. 664303

(7) Propiedad de Lab. Lundbeck



INVESTIGACIÓN "TODOS LOS OPI ESTÁN EN LAS ÚLTIMAS", SEGÚN SALCE ELVIRA, DE CCOO

El recorte mina los contratos y programas de los Ciber

➔ Los recortes presupuestarios empiezan a hacer mella. CCOO denuncia que "todos los OPI [incluido el Carlos III] están en las últimas", y ge-

rentes de algunos Ciber alertan de que con las reducciones consecutivas no hay más remedio que prescindir de contratos y de grupos.

■ Loreto Mármol

Poco ha trascendido sobre la reunión entre la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, y la de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín. Sin declaraciones posteriores, el encuentro, menos mediático que el primero -y único- entre Garmendia y Trinidad Jiménez, anunciado a bombo y platillo, se ha centrado en la elaboración del plan estratégico para la industria farmacéutica. El contexto no es nada halagüeño, en un momento en el que los recortes presupuestarios se han cebado un año más con la investigación, y en concreto con la sanitaria.

Los ajustes comienzan a hacer mella. Salce Elvira, secretaria de I+D+i de CCOO, califica la situación de "brutal y grave". La reducción de la investigación en los Presupuestos Generales del Estado es de un 8,4 por ciento, que se une al recorte del 5,5 que se produjo ya en el pasado año. En concreto, esta disminución castiga especialmente a los Organismos Públicos de Investigación (OPI), que experimentan una nueva reducción del 6,2 que, sumada a la acumulada desde 2009 (19 por ciento), hará muy difícil su funcionamiento y culminación de proyectos.

A su juicio, "todos los OPI están en las últimas. El Gobierno está poniendo en serio peligro su continuidad, condenándolos a la inactividad y obligando a despidos y no renovaciones de los contratos y becas de cientos de trabajadores. Este recorte va a incidir en el cierre temporal de instalaciones y en la paralización de proyectos clave". El descenso acumulado es muy elevado en los dos centros más grandes (-20 por ciento en el CSIC y -19 en el Instituto de Salud Carlos III). La institución que dirige José Navas suporta por segundo año consecutivo un fuerte descenso en sus cuentas (-9,7). Elvira prevé que su personal baje un 7,2 por ciento, pasando de 1.113 trabajadores a 1.033. En 2010 el recorte presupuestario en este OPI se concentró en los Centros de Investigación Biomédica en



De izda. a dcha., Margarita Segarra, directora general de Trasferencia de Tecnología; Humberto Arnés, director general de Farmaindustria; Jordi Ramentol, presidente de Farmaindustria; Alfonso Jiménez, director general de Farmacia; José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad; Leire Pajín, ministra de Sanidad; Cristina Garmendia, ministra de Ciencia; José Navas, director del ISCIII, y Jorge Barrero, director del gabinete de Garmendia, en el último encuentro que han mantenido.

Red (Ciber). En 2011 se les vuelve a castigar sin paliativos. Según Elvira, "el fuerte recorte acumulado que sufren los Ciber supone la eliminación de cientos de contratos".

Reservas agotadas

Ernest Figueras, gerente del Ciber en enfermedades hepáticas y digestivas, califica la situación de "bache en el camino"; el año 2011 nos plantea unos retos significativos a nivel financiero". No en vano, su presupuesto para este año se ha reducido un 16 por ciento. También advierte de que "las pocas reservas de las que disponía ya están prácticamente agotadas, puesto que después

de dos años de reducciones se han usado para suavizar el descenso".

Las consecuencias ya son palpables: "Este año hemos experimentado una bajada significativa en contratos, principalmente porque no se han podido renovar los temporales que vencían a finales de 2010". Además, "en 2011 ha afectado en mayor medida a los grupos de investigación, ya que no ha sido posible recortar más en las otras partidas y no ha habido más remedio que reducir directamente los presupuestos de los programas de investigación, reducción que se ha gestionado con el ajuste en el número de personas y de la asignación pre-

supuestaria a los grupos menos competitivos".

Los mismos ajustes han tenido que hacer en el Ciber de enfermedades raras, que ha sufrido una disminución presupuestaria del 10 por ciento para 2011, según fuentes consultadas, que añaden que con la aplicación del Plan de Austeridad 2011-2013 se reducirá en tres años un 4 por ciento en personal, un 15 en gastos de funcionamiento y un 25 en inversiones.

El Plan de Austeridad también lo citan Figueras y Tomás Montalbán, gerente del Ciber en epidemiología y salud pública, que admite que "2011 será un año complicado; no obstante, podremos dar continuidad a los principales programas de investigación", porque continuarán con la optimización del gasto y la captación de recursos externos: "Priorizaremos determinadas actividades e iniciaremos contactos con la empresa privada". Según Montalbán, "es prioritario que las administraciones favorezcan con medidas la colaboración entre los sectores público y privado".

Por el contrario, María Ángeles Pérez Muñoz, directora gerente del Ciber en enfermedades neurodegenerativas, afronta el año con optimismo y proyectos nuevos, aunque reconoce que habrá que echar mano de remanentes y que hay menos grupos de investigación.



De cara a la galería

Sólo una reunión se produjo entre las ministras Trinidad Jiménez y Cristina Garmendia. Según Salce Elvira, "el recorte refleja una miopía absoluta por parte del Gobierno". La creación de Ciencia en 2008 ha coincidido con el fin de la política de impulso a la investigación de la anterior legislatura: "Debería ser más que una mera imagen publicitaria del Ejecutivo". Igual de exigente se muestra con "la necesaria estructura de coordinación interministerial".

GALICIA PIDEN AL SERGAS QUE INFORME

Colegios y sociedades detectan problemas en la aplicación del catálogo

■ María R. Lagoa

Vigo

"Pero éstas no son mis pastillas. Éstas son blancas y las mías son de color azul". Es la protesta que un paciente hacía llegar a su médico en los pasillos de un centro de salud de Vigo y que refleja la situación en la que los médicos de Familia de Galicia se encuentran durante las primeras semanas de aplicación del catálogo priorizado de fármacos. Son ellos quienes en muchas ocasiones tienen que explicar a sus pacientes que los medicamentos recetados comparten el mismo principio activo que los que tomaban antes de la entrada en vigor de la medida aprobada por el Gobierno gallego. Es más, en muchas ocasiones se ven abocados a convencerlos de sus bondades y de que no supone ningún perjuicio para su salud, tal y como reconoce el presidente de SEMG Galicia, Manuel Devesa.

Tanto esta sociedad científica como algunos colegios profesionales han detectado problemas en la puesta en marcha del catálogo, fundamentalmente relacionados con la información. "Al colegio han llegado quejas de compañeros, superados ya por agendas muy sobrecargadas, que tienen que explicar que el tratamiento no varía con los fármacos incluidos en el catálogo", ha reconocido el presidente del Colegio de Médicos de Pontevedra y del Consejo Gallego de Colegios Médicos, Luis Campos, que ha reclamado al Servicio Gallego de Salud (Sergas) un sistema de información a la ciudadanía que ofrezca información fácil de entender para toda población. "La tarea de informar corresponde al Sergas y no la ha hecho", ha dicho Campos.

SEMG-Galicia pone de manifiesto otro problema importante que se está produciendo con los pacientes mayores polimedicados, que tienen dificultades para asimilar varios cambios al mismo tiempo en su medicación y cometen errores en el cumplimiento del tratamiento. Algunos pacientes afirman que notan diferencias en los efectos del tratamiento, según Devesa, quien, no obstante, considera que es

insuficiente todavía el tiempo transcurrido desde la entrada en vigor del catálogo y que habrá que esperar para ver las repercusiones.

En la misma línea, Campos ha insistido en que se trata de "una medida política y económica" y que la redacción final del decreto que ampara el catálogo garantiza la libertad de prescripción del médico y la posibilidad de que el profesional pueda hacer excepciones por motivos clínicos.

RECURSOS

Más combativos se muestran los colegios farmacéuticos de Galicia, que han decidido seguir la estela de la Federación Gallega de Farmacias y de Farmaindustria, e interponer un recurso judicial contra el catálogo en el Tribunal Superior de Justicia de Galicia. El argumento esgrimido es que el real decreto que lo ampara está provocando inseguridad jurídica a las farmacias. En un comunicado conjunto, aseguran que se ven obligados a clarificar y salvaguardar a las farmacias "de la inseguridad jurídica creada ante la posible aplicación de los derechos constitucionales en materia de igualdad por parte de los ciudadanos, amparados desde la legislación nacional". Critican a la Consejería de Sanidad por no contestar a las preguntas que formularon sobre la actitud que deben adoptar frente a las recetas de ciudadanos de otras autonomías, prescripciones de mutuas como Muface, Mugeju e Isfas, y medicamentos de homologación "para los cuales la sustitución puede venir condicionada por las indicaciones autorizadas según ficha técnica".

COHESIÓN

De Cospedal se adelanta a Barreda en el acuerdo con Madrid

■ Redacción

José María Barreda, presidente de la Junta de Castilla-La Mancha, hizo pública hace unos días su intención de alcanzar un acuerdo en materia de asistencia sanitaria con la Comunidad de Madrid para optimizar recursos y mejorar la asistencia que se presta a los pacientes que residen en las localidades limítrofes (ver DM del 17-I-2011).

El propósito del Gobierno castellanomanchego es iniciar los contactos con el Ejecutivo madrileño en fechas próximas, y a la espera de que se produzca este acercamiento, María Dolores de Cospedal, presidenta del PP en la autonomía y candidata a presidir el Ejecutivo regional, se ha adelantado y ya ha intercambiado impresiones con el Gobierno de Madrid "para garantizar prestaciones de calidad a todos los castellanomanchegos".

■ Primordial

La mejora del sistema sanitario "es un objetivo primordial del PP" para los próximos cuatro años, y por eso De Cospedal "busca la cooperación y el consenso, una actitud que dista de la mostrada hasta ahora por Barreda, que siempre está criticando y enfrentándonos con las comunidades vecinas".

SNS PARA EVITAR INEQUIDADES Y "CARRERAS POR VER QUIÉN DA MÁS" A LAS AUTONOMÍAS

PP y Semergen piden una cartera de servicios única

► La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) organizó ayer una jornada sobre la sostenibilidad del sistema en la que su

presidente, Julio Zarco, y Ana Pastor, coordinadora popular de Participación Social, abogaron por crear una cartera de servicios única.

■ S. Rego

Santander

Ana Pastor, coordinadora de Participación Social del Partido Popular y ex ministra de Sanidad, dijo ayer en Santander que es necesario realizar dos cambios en el modelo que estructura el Sistema Nacional de Salud (SNS). Son modificaciones que "no suponen ningún gasto de más, al contrario ahorran" y que deben orientar el proceso asistencial hacia la continuidad mediante el uso real de una historia clínica común en la atención primaria y en la asistencia especializada, y una tarjeta sanitaria y una receta electrónica únicas. "No podemos tener 17 tarjetas, historias y recetas distintas si realmente queremos ofrecer cohesión al sistema sanitario", comentó Pastor.

El segundo cambio, señaló la vicepresidenta segunda del Congreso en una mesa redonda organizada por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) para analizar la sostenibilidad del SNS, es conseguir una cartera de servicios única para todo el país, tal y como se contempla en la Ley de Cohesión y Calidad. A juicio de Pastor, "la culpa de que el sistema no funcione tan bien como debería y podría no es de los profesionales, sino de una mala organización del sistema".

En este momento, añadió la ex ministra, no sólo hay



Julio Zarco preside Semergen.



Es necesario modernizar y adecuar los recursos asistenciales para garantizar igualdad de acceso

un calendario vacunal distinto en cada región, sino que también contamos con carteras de servicios con grandes diferencias: "Todos somos españoles y por tanto tenemos derecho a disfrutar de los mismos servicios sanitarios". Además, "es necesario que se cambie la estructura del sistema para hacer posible que la asistencia a los pacientes se realice por procesos, ya que se trata de una decisión que favorecerá la sostenibilidad económica y asistencial".

En una línea similar a la



Pastor coordina la Participación Social del PP.



El sistema no funciona tan bien como debería no por el profesional, sino por una mala organización

defendida por Pastor se expresó Julio Zarco, presidente de Semergen, para quien es básico "modernizar y adecuar los recursos asistenciales disponibles, así como contar con unas infraestructuras que garanticen la igualdad de acceso de los pacientes en todos los puntos de España".

Zarco consideró esencial devolver la gestión a los profesionales, además de educar a los ciudadanos en un uso responsable de los recursos sanitarios, de ahí que vea aconsejable "establecer

un catálogo de prestaciones básicas para que todas las autonomías las pongan a disposición de los pacientes", pues a su entender se está produciendo "una carrera por ver quién es el que ofrece más".

El presidente de Semergen abogó además por "dar prioridad a la gestión activa de la demanda asistencial, a la optimización de la oferta en calidad y coste y al establecimiento de una nueva estructura y un modelo de financiación para el sistema sanitario".

ELECCIONES

El PSOE de Castilla y León promete mejorar primaria

■ Redacción

Después de que el Partido Popular de las Islas Baleares diese a conocer las propuestas en materia de Sanidad en las que basará el programa electoral con el que concurrirá a las próximas elecciones autonómicas (ver DM del miércoles), el Partido Socialista de Castilla y León ha hecho lo propio en un foro celebrado en Ávila en el que su candidato a la presidencia regional, Oscar López, ha explicado públicamente sus compromisos con los profesionales sanitarios y los pacientes de cara a la próxima legislatura.

Si los socialistas se alzan con la victoria, aprobarán un mapa de salud y otro de infraestructuras sanitarias que llegue a todas las zonas periféricas de la comunidad autónoma. También pondrá en marcha nuevos modelos de funcionamiento en los centros de atención primaria, con incentivos para el trabajo en equipo y mejores medios técnicos, como los ecógrafos, en todos los centros de salud y especialidades. En tercer lugar, aumentarán las plazas de especialistas para atender a los enfermos de cáncer, del corazón, de diabetes, a las mujeres, a nuestros mayores y a los enfermos terminales. En cuarto, y último lugar, el PSOE quiere acordar un plan eficaz con los profesionales y los usuarios para reducir las listas de espera, potenciando la capacidad resolutoria del primer nivel asistencial y favoreciendo la apertura de los quirófanos por las tardes.

■ Evitar éxodos

López también ha comentado que pretende reforzar la sanidad pública "mientras desde el PP se busca deteriorarla y se favorece el beneficio de la iniciativa privada", lo que evitará, según el líder socialista, "que muchos de nuestros médicos se vayan de la comunidad autónoma buscando mejores oportunidades".

ASISTENCIA BENGOA Y NOENO FORMALIZAN EL INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS ENTRE LAS AUTONOMÍAS

Acuerdo entre País Vasco y Aragón para mejorar la atención al crónico

■ J. M. J.

Rafael Bengoa, consejero de Sanidad del País Vasco, y Luisa María Noeno, su homóloga en Aragón, rubricaron ayer en Bilbao un convenio con el que han formalizado la colaboración de sus comunidades autónomas en el abordaje de los pacientes crónicos.

Según Bengoa, el Consejo Interterritorial "es un foro en el que se toman decisiones, pero no circula bien el conocimiento, por eso, y ante el mejorable intercambio de los avances que pueden

realizarse en el Sistema Nacional de Salud, hemos querido protocolizar nuestra colaboración en ámbitos como el uso de las nuevas tecnologías en las consultas y la coordinación entre los servicios de atención primaria y los centros de especializada" (ver DM del 21 y del 26-I-2011).

Bengoa opinó que "Aragón, Andalucía, la Comunidad Valenciana y el País Vasco somos las comunidades más avanzadas en la orientación del sistema sanitario hacia los enfermos crónicos,

y aunque mantenemos contactos informales entre todos desde hace algún tiempo, hemos querido firmar este acuerdo para favorecer un desarrollo uniforme de los servicios y avanzar sin necesidad de que cada autonomía que quiera mejorar la asistencia en enfermedades crónicas tenga que inventar la rueda".

■ Compartiendo intereses

En la misma línea, Noeno comentó que Aragón "es una autonomía que en materia de Sanidad intenta

siempre mantener relaciones fluidas con las autonomías con las que limita". En este caso "no compartimos fronteras, pero sí intereses e inquietudes asistenciales con el País Vasco". Por eso, "y ante el envejecimiento creciente de la población en nuestras autonomías y en el conjunto de España, hemos querido unir esfuerzos para trabajar juntos en la personalización de la asistencia, tanto presencial como no presencial".

En el Estado de las autonomías en el que nos encon-

tramos, y ante el debate surgido en las últimas semanas para evitar duplicidades y optimizar los recursos (ver DM del 3-I-2011), "es necesario que fomentemos este tipo de relaciones para converger en la prestación sanitaria que ofrecemos y favorecer la cohesión en el sistema sanitario", comentó Noeno.

Es importante además "que compartamos buenas prácticas para afrontar con más garantías de éxito el reto sociosanitario al que tenemos que hacer frente".

POSGRADO DUDAN DE QUE SANIDAD PUEDA OFERTAR LAS PRIMERAS PLAZAS EL PRÓXIMO CURSO

Comisiones y regiones critican el mutismo sobre la troncalidad

➔ Tres meses después de que el Grupo de Troncalidad terminara su trabajo y elevará su propuesta a Sanidad, autonomías, comisiones y socie-

dades no saben cuál es el estado actual de la futura norma ni cuándo verá la luz. Todos dudan de que el ministerio cumpla sus propios plazos.

■ Francisco Goiri

Una declaración de intenciones, muchas dudas y ninguna certidumbre resumen el balance que se puede hacer hoy del futuro real de decreto de troncalidad. La declaración de intenciones la formularon al unísono los máximos responsables de Ordenación Profesional de Sanidad, Francisco Valero y Juan Antonio López Blanco, durante su última comparecencia pública: la norma verá la luz en el primer semestre de este año (ver DM del 19-I-2011). Más allá de ese nuevo plazo que el ministerio se ha autoimpuesto, autonomías, comisiones nacionales y sociedades científicas coinciden en que no saben absolutamente nada del estado actual del borrador, ni de su contenido, ni de la tramitación, ni, por supuesto, de cuándo será publicado en el *Boletín Oficial del Estado*. Lo único que todos tienen claro es que el ministerio mantiene su idea de que las primeras plazas troncales se oferten este año, es decir, el próximo septiembre. A tenor de cómo está el real decreto (o más bien, de cómo no está), la conclusión de las fuentes consultadas por *DIARIO MÉDICO* es que ese plazo no se cumplirá.

"La primera promoción de residentes troncales difícilmente verá la luz el próximo curso, porque queda mucho por hacer, y esos temas pendientes constituyen precisamente el meollo del documento. Está claro que el ministerio puede tirar por la calle de en medio e intentar sacar el decreto contrarreloj, pero sería una norma muy tocada, tanto por su conte-



Leire Pajín, en una comparecencia parlamentaria.

Autonomías, comisiones y sociedades coinciden en que la última noticia que tienen es la del texto que el grupo de trabajo elevó a Sanidad en octubre

Moreno recuerda que aunque el ministerio ultime el proyecto en breve, es preceptivo que lo someta a información pública, lo que aún lo retrasará más

nido como por la falta de consenso", aventura Mateu Huguet, director del Instituto de Estudios de la Salud de Cataluña y representante de su comunidad en el Grupo de Trabajo de Troncalidad que elevó a Sanidad el primer borrador de la norma. Algo más optimista, José María Vergeles, representante de Extremadura en ese

grupo, afirma que "si la norma sale antes de febrero aún estaríamos en tiempo y forma para cumplir los plazos que se ha marcado el ministerio, pero todo esto no son más que especulaciones". La única certeza de Vergeles es que "desde que enviamos a Sanidad nuestro informe definitivo (ver DM del 22-X-2010), las regiones no he-

mos vuelto a tener ninguna noticia". Según Huguet, "la versión oficial es que ahora están trabajando con el Consejo Nacional de Especialidades -algo muy lógico, por otra parte-, pero hay temas específicos de organización y funcionamiento que tenemos que dejar muy atados y que no competen a las comisiones, sino que es una labor conjunta del ministerio y las comunidades".

"Casi un milagro"

No obstante, lo que Huguet llama "versión oficial" no parece coincidir mucho con la realidad, porque Alfonso Moreno, presidente del Consejo Nacional de Especialidades, asegura que el órgano que preside no conoce "ningún documento, ni formal ni informal, sobre el proyecto de real decreto. La última noticia que tenemos es la misma que pueden tener las comunidades, es decir, la del texto que emitió el Grupo de Trabajo de Troncalidad a finales de octubre. A partir de ahí, silencio oficial absoluto. Si que he oído que la intención del ministerio es aprobarlo en el primer semestre del año, pero eso puede ser tanto el 30 de junio como el 10 de febrero, o incluso este mismo mes".

Lo que sí tiene claro Moreno es que, independientemente de la fecha, "a estas alturas sería prácticamente un milagro que los MIR pudieran optar por la vía troncal en la convocatoria 2011-2012. Aunque el proyecto se publique a muy corto plazo, es preceptivo que Sanidad lo someta a información pública para recibir las pertinentes alegaciones, entre otros, del propio Consejo".

José Manuel Bajo Arenas, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas de España (Facme), coincide con las previsiones más optimistas: "Si la norma está en marzo o incluso abril, aún estaríamos a tiempo de ofertar el próximo curso plazas troncales, pero es verdad que aún queda mucho por hacer". Bajo Arenas -muy crítico con la configuración original de los troncos- coincide en que "las sociedades no saben nada del texto desde hace meses".

POSGRADO POBLACIÓN FEMENINA DEL 59,43%

El 45,7% de los que optan mañana a una plaza MIR son licenciados extranjeros

■ I.A.S.L.

Tras meses de espera, Sanidad hizo ayer públicos los datos del examen MIR de mañana. 13.203 licenciados en Medicina se presentarán mañana al examen MIR. De ellos, 7.164 están titulados en facultades españolas y 6.039 proceden de centros académicos de fuera del país. En esta ocasión, los foráneos son el 45,7 por ciento del total de candidatos a una de las plazas de formación.

Del total de población extranjera, 2.094 de los aspirantes han cursado la carrera en países europeos o son extracomunitarios residentes en España, algunos permanentes (1.041) y otros temporales (207). Los que proceden de otras facultades europeas son

mayoritariamente de Italia (240), Rumanía (96) y Portugal (60).

A pesar de que este año se vuelve a aplicar un cupo de plazas del 10 por ciento para los candidatos extracomunitarios, 3.945 han sido admitidos a la prueba, aunque sólo 688 podrán conseguir uno de los 6.881 puestos ofrecidos. Los países más representados en este cupo son Colombia (1.556), Perú (972) y República Dominicana (538).

Por sexos, el 59,43 por ciento de los aspirantes de este año son mujeres, y el 40, 57 por ciento, hombres. El índice de feminización sube entre los candidatos españoles: entre ellos, el 67,13 son mujeres, y el 32,87 por ciento restante, hombres.

MURCIA POR SUS MATICES SINDICALISTAS

La facultad se desmarca del Consejo de la Profesión

■ Pilar Laguna

Murcia

La Facultad de Medicina de Murcia no formará parte del Consejo de la Profesión Médica, que ya está funcionando de facto en la región, aunque aún esté pendiente su constitución. DM ha podido saber que la junta de la facultad se ha pronunciado en contra de pertenecer a este órgano por el cariz sindicalista de sus primeras actuaciones. La información se ha ocultado por parte del resto del

Consejo (colegio, CISM, sociedades y estudiantes), que se amparó en motivos de agenda para justificar la ausencia del decano de Medicina, Joaquín García-Estañ, en la reunión que mantuvieron con el presidente regional (ver DM del miércoles). La verdadera razón es que la junta le desautorizó para que la facultad se integre como tal en el Consejo, un extremo totalmente confirmado por este periódico.

GALICIA LA CENTRAL ADMITE UN 14%

Escasa incidencia del paro general convocado por CIG

■ María R. Lago

Vigo

La huelga celebrada ayer por CIG-Salud en defensa de las pensiones y el empleo tuvo escaso eco en el sector sanitario. El sindicato convocó el paro en solitario "sin miedo al fracaso y porque había que hacerlo", como dijo el secretario general de la central, Suso Seixo. Sin embargo, la responsable sindical de Sanidad, María Xosé Abuín, admitió que la participación en el sector fue baja (en torno al 13 ó 14 por ciento), pese a que, a su

juicio, es uno de los ámbitos más agredidos, ya que "a las reformas decididas por el Gobierno de Madrid, se suman la congelación de las subidas salariales autonómicas y los recortes de plantillas". Abuín atribuyó la escasa incidencia a que en los trabajadores sanitarios ha calado el discurso de que "tenemos que pagar la crisis porque tenemos trabajo fijo". Los datos de la Xunta, al cierre de esta edición, hablaban de un seguimiento del paro del 3,38 por ciento.

MUCHOS DEBERES POR HACER

El borrador de troncalidad que Sanidad remitió a las regiones en julio dibujaba un mapa de especialidades dividido en cinco troncos, hablaba de la posibilidad de reespecializarse, mencionaba el desarrollo de las áreas de capacitación específica (ACE) y... poco más (ver DM del 6-VII-2010). El verdadero trabajo, el que dota de contenido real a la norma, estaba por hacer, y ése es precisamente el que comunidades y comisiones temen que aún esté en mantillas. Alfonso Moreno recuerda que una tarea clave es definir las competencias comunes de las

especialidades que comparten tronco, "y me consta que en eso llevan trabajando desde antes de navidades varios grupos de trabajo (tantos como troncos), y que lo están haciendo muy bien. Lo que ya no sé es cómo está de ultimado ese trabajo". Al margen de la definición de las competencias, Mateu Huguet recuerda que la norma que se publique en el BOE debe concretar aspectos que apenas estaban esbozados en el texto de julio: aclarar cómo y cuando se accede a los troncos y perfilar con todo detalle las líneas generales de las ACE.

RESPONSABILIDAD EL FALLO ADMITE LA EQUIVOCACIÓN, PERO DICE QUE NO TIENE RELEVANCIA EN ESTE ÁMBITO JUDICIAL

Absolución penal a tres facultativos que intervinieron por error una rodilla

➔ Un juzgado penal ha absuelto a tres médicos que operaron una rodilla en vez de la cadera. Uno ellos intervino cuando la operación se había iniciado y el cirujano jefe confirmó que ha-

bía lesión en la rodilla. Del tercer médico implicado, el juez admite su error por no consultar el historial, pero señala que concurren factores que descartan su imprudencia.

■ Marta Esteban

El Juzgado de lo Penal número 3 de Huelva ha absuelto a tres médicos de la reclamación por imprudencia profesional solicitada por los familiares de una paciente a la que se le intervino por error una rodilla. La sentencia considera que la equivocación de los médicos no es reproachable desde el punto de vista penal.

La resolución judicial declara como hechos probados que la enferma fue diagnosticada de una artrosis de cadera de carácter grave que quedó reflejada en el informe del servicio de Traumatología como "coxartrosis tras necrosis de cabeza femoral derecha, con dolor en cadera y algo en rodilla derecha", por lo que se le inscribe en la lista de espera quirúrgica.

Los tres acusados -el cirujano principal y dos ayudantes quirúrgicos- practicaron la intervención como equipo médico y realizaron una artroplastia total de rodilla en vez de operar la cadera, tal y como constaba en el historial médico que no fue consultado por los facultativos. La rodilla había sido preparada para la intervención por el servicio de enfer-



José María Mora, del Colegio de Huelva.

El cirujano jefe actuaba en la confianza del trabajo en equipo, afirma el fallo

mería de la planta y presentaba un deterioro que justificaba la operación. Según la sentencia, los médicos practicaron la intervención en el marco de un convenio firmado con el Servicio Andaluz de Salud para reducir las listas de espera, de tal forma que se practicaban fuera del horario ordinario.

El juzgado analiza la res-

ponsabilidad por separado de cada uno de los profesionales demandados, que han sido defendidos en el proceso por los letrados de los Colegios de Médicos de Huelva y de Sevilla, respectivamente, José María Mora García y Santiago Campos.

En cuanto a la actuación del cirujano ayudante, el fallo afirma que llegó al quiró-



Santiago Campos, del Colegio de Sevilla.

La rodilla había sido preparada por las enfermeras de planta como la zona que se debía operar

fano tras acabar una operación en una sala contigua, encontrándose ya empezada la intervención de rodilla, "con el campo quirúrgico abierto". Aunque podía haber revisado el historial de la paciente, lo cierto es que "al haber acudido cuando la operación ya estaba iniciada carecía del dominio del hecho y, por lo tanto, su con-

ducta no puede ser punible".

Tampoco hay responsabilidad del cirujano jefe que "acudió al quirófano una vez que estaba preparada la paciente". Observó "en el parte de quirófano que la intervención era de gonartrosis, exploró la articulación y vio que había una deformidad en la rodilla que había sido preparada". Según el juez, este médico no tuvo dudas, ya que "cuando abrió a la enferma confirmó la existencia de una artrosis en la rodilla y nada le hizo pensar que no fuera la zona que se debía intervenir". La sentencia afirma que este facultativo "actuaba en la confianza del trabajo en equipo".

Omisión sin efectos

En cuanto al tercer cirujano interviniente, la sentencia dice que a él le correspondía comprobar el parte quirúrgico y que cuando vio la rodilla pintada "tuvo un lapsus, pero se amparó en la confianza en el sistema". El juzgado admite que en su actuación existió una omisión del deber de cuidado, pero descarta la responsabilidad penal. Según el fallo, existen ciertas circunstancias que "degradan la consideración de imprudencia grave", entre ellas la existencia de un parte de quirófano de la gestoría de usuarios en el que dice que se debía operar una gonartrosis; el hecho de que la rodilla estaba preparada por enfermería; la previa exploración que revelaba la existencia de la artrosis, y que se confirma cuando se abre la rodilla, y el material quirúrgico preparado es el requerido para realizar la gonartrosis.

ABORTO

Filadelfia acusa a un médico de 8 cargos por homicidio

■ Redacción

La Fiscalía de Filadelfia, en el Estado de Pensilvania, ha llevado hasta los tribunales a un médico al que le acusa de ocho homicidios. El informe de instrucción responsabiliza al facultativo de realizar abortos en gestantes de más de 24 semanas, algo que prohíbe la legislación de Pensilvania. Además, el profesional es médico de Familia y no tiene la especialidad de Ginecología.

De los ocho homicidios que se le imputan, siete corresponden a la muerte de bebés y uno al de una mujer que recibió una sobredosis de anestesia mientras se sometía a un aborto. Los empleados de la clínica del imputado también están acusados en el proceso.

Bajo sospecha

El informe de la Fiscalía señala que la clínica del facultativo llevaba años bajo sospecha, pues "funcionarios del Gobierno habían recibido informes sobre las prácticas del centro durante casi dos décadas y, sin embargo, no se tomó ninguna medida".

También consta que el Departamento de Estado de Medicina recibió una denuncia de un empleado de la clínica hacía diez años, en la que detallaba las condiciones de insalubridad en las que se realizaban los abortos ilegales. Sin embargo, el departamento desestimó la denuncia tras una investigación que no incluyó la visita a la clínica, según la información de Medical News Today.

ÁMBITO DE LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL

La sentencia del juzgado penal de Huelva analiza los requisitos que deben concurrir para que haya imprudencia profesional. Teniendo en cuenta la jurisprudencia del Tribunal Supremo, el fallo aclara que esta clase de responsabilidad penal se caracteriza por "la inobservancia de las reglas de actuación que vienen marcadas por lo que en términos jurídicos se conoce como *lex artis*". Es decir, el profesional se aparta de esas normas específicas que le obligan a un especial cuidado "merece un mayor reproche en forma de

sanción punitiva". La resolución judicial aclara que "la imprudencia profesional aparece definida en los casos en que se han omitido los conocimientos específicos que sólo tiene el sujeto (en este caso médico) por su especial formación, de tal manera que los particulares no tienen ese deber especial porque carecen de los debidos conocimientos para actuar en el ámbito de los profesionales". En cualquier caso, el fallo recuerda que en el Derecho Penal rige el principio de mínima intervención.

¡CONSÍGALO!
POR SÓLO
20€ POR UNIDAD + IVA*
HASTA FIN DE
EXISTENCIAS

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



JURISCESS

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.

[EL REPORTAJE DEL DÍA]

AUTONOMÍA La consideración de 'menor maduro' es un reconocimiento que otorga el médico a un joven de entre 14 y 16 años dándole mayor autonomía en las decisiones sobre su salud, de modo que puede actuar contra la decisión de sus padres e incluso ocultarles la información. Esta

figura jurídica ha entrado en la consulta del médico con polémica. Juan José Zamarrigo, experto en Bioética y Derecho Sanitario, ha estudiado el caso y advierte al facultativo de que este tipo de consideración hacia el menor ha de estar recogida con argumentos en la historia clínica.

Niños maduros por decisión médica

■ Soledad Valle

Noche de un viernes de febrero en Madrid. Un grupo de alumnos de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) acude al médico para que atienda a uno de ellos que no se encuentra muy bien. Ha bebido demasiado y no se tiene en pie.

El médico que le recibe le pregunta su edad. "Quince años, pero no les diga nada a mis padres, por favor", responde. El chico parece asustado y no tiene un cuadro preocupante. El facultativo reconoce al menor y asiente en no avisar a sus padres de lo que ha pasado.

Este relato inventado se acerca a la realidad que vive la profesión sanitaria y que pone en evidencia el margen de discrecionalidad que otorga la ley al médico para calificar a un joven de entre 14 y 16 años como menor maduro y, en virtud de ello, otorgarle la potestad para tomar decisiones sobre su salud al margen de sus padres, sus tutores legales.

Atención a un ruego

Quizá, en la situación sujeta, el facultativo no fuera consciente de lo que estaba haciendo cuando decidió seguir el ruego del menor de no avisar a sus progenitores.

Juan José Zamarrigo, médico y abogado en el área de Bioética y Derecho Sanitario de la Comunidad Autónoma de Madrid, aclara que "la legislación [en la Ley de Autonomía del Paciente, fundamentalmente] atribuye al médico la competencia para determinar la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones en el ámbito sanitario y, por ello, la posibilidad de prestar o no consentimiento válido; lo que se trata de una grave responsabilidad que recae sobre el facultativo que en situaciones de límites poco claros puede atribuir o no capacidad de decisión autónoma a un menor maduro, sin tan siquiera informar a los padres o a quien sea su representante legal".

En estas situaciones se ponen en conflicto dos bienes jurídicos protegidos: la patria potestad de los padres del menor y la autonomía de la voluntad del menor ma-



Juan José Zamarrigo, ginecólogo y abogado del área de Bioética y Derecho Sanitario de la CAM.

"La autonomía de la voluntad del menor maduro entra en conflicto con la patria potestad"

duro, de manera que, aunque la ley parece clara en este sentido, su interpretación no lo ha sido tanto. Una sentencia de un juzgado de lo Contencioso de Barcelona resolvió esta cuestión en

"El médico que atribuya al menor la consideración de menor maduro deberá justificarlo en la HC"

2007 reconociendo que la capacidad jurídica del menor puede graduarse en función del desarrollo del paciente, pero cuestionando la conveniencia de que la decisión sobre la madurez del

menor "quede en manos del médico, sin garantía de que la decisión es tomada con la información suficiente".

En todo caso, Zamarrigo advierte que "el facultativo que atribuya al menor la ca-

pacidad que por ley no tiene, en virtud de la doctrina del menor maduro, lo deberá justificar debidamente en la historia clínica".

Además, el experto señala la letra de la ley para advertir que "el consentimiento prestado automáticamente por estos menores conlleva la obligación de que, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".

En la historia médica hay varios trabajos que sirven de guía para que el profesional valore la capacidad del paciente (el experto cita a los autores Roth, Bateman, Meisel y Lidz, entre otros). Aun así, señala que ésta es una tarea complicada y que, llegado el caso, se podría recurrir a un profesional experto como es el psiquiatra o el psicólogo clínico.

Ante la ley

Pero para estos especialistas médicos, las exigencias de sus colegas y de los tribunales de que realicen valoraciones a menores son a veces difíciles de satisfacer.

En el ámbito judicial, la cuestión es casi más peliagu-

POR EDADES

18 años

Es la mayoría de edad general que reconoce el artículo 12 de la Constitución Española.

16 años

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente introdujo la mayoría de edad sanitaria reconociéndole una mayor autonomía.

De 14 a 16 años

En estos años se aplica la doctrina del menor maduro que les reconoce autonomía para actuar al margen de la patria potestad de sus padres, que recoge el Código Civil.

da que en el sanitario, y también corresponde al médico determinar la madurez del menor. Victoria Paredes, Fiscal de Protección de Menores de Girona, reconoce la importancia del informe médico en las valoraciones de este colectivo. Paredes, que participó en la jornada sobre *La atención al menor de edad: implicaciones legales y responsabilidad ética*, que se celebró ayer en el Colegio de Médicos de Girona, destaca el trabajo coordinado de su unidad con los servicios sociales: "Como fiscales valoramos los informes médicos, son unas pruebas básicas".

Pediatría

Pero el facultativo también puede intervenir promoviendo el juicio que lleve a proteger los derechos del menor. Desde los centros de salud, los pediatras tienen la obligación de actuar ante la sospecha de que un paciente, menor de edad, es objeto de cualquier tipo de maltrato. Esta situación parece imponer unos deberes extras a los pediatras encargados de lidiar con un bien extraordinariamente protegido como es el menor de edad. Sin embargo, Narcís Bardalet, médico forense y pediatra, va a la esencia para afirmar que "el médico tiene que preocuparse de la salud del paciente". Parece simple.

¿QUÉ EDAD CREE USTED QUE TIENEN ESTOS CHICOS?

El caso del secuestro del barco español Alakrana en octubre de 2009 planteó un interrogante de clara implicación médica. ¿Cuántos años tenía el joven somalí, rehén en el caso? Determinar la edad es necesario para aplicar el código correcto. En la legislación española el menor de 14 años no tiene responsabilidad penal, y la civil recaería en sus padres. Sin embargo, los jóvenes de 14 a 18 sí tienen responsabilidades civiles y penales. El Ministerio Fiscal reconoce a la autoridad judicial su potestad para someter a los presuntos menores a la prueba radiológica necesaria para determinar su edad, aunque no presten su consentimiento y teniendo en cuenta que las pruebas médicas no representan ningún riesgo. Para llegar a esta conclusión, la Fiscalía ha elaborado un extenso documento, que admite la existencia de un conflicto de derechos, pero afirma que "el fin constitucionalmente legítimo que justifica en estos casos la intromisión corporal es el interés del Estado en determinar la edad de las personas que se encuentran en su territorio, teniendo en cuenta las diferentes consecuencias jurídicas que de ello se puedan derivar y que se concretan, en relación con los menores de edad, en el

establecimiento de medidas de protección en cuanto no hayan alcanzado la mayoría de edad, como consecuencia de la obligación de especial amparo".



NEURORRADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA BUENOS RESULTADOS EN ICTUS CON OCLUSIÓN DE GRAN ARTERIA CEREBRAL

La terapia endovascular consigue la recanalización en el ictus isquémico

➔ La terapia endovascular intervencionista es una opción adecuada para pacientes con ictus isquémico que no pueden beneficiarse del tratamiento clásico con fibrinólisis. Su objetivo

es conseguir la recanalización de forma rápida, segura y eficaz, lo que se traduce en menor discapacidad funcional en los casos de ictus más graves de infarto cerebral.

■ Raquel Serrano

El ictus es actualmente un importante problema de atención sanitaria, ya que constituye la principal causa de discapacidad en el adulto y la segunda de demencia, así como la primera de mortalidad en la mujer y la segunda en mortalidad global. En España, lejos de disminuir su incidencia, se calcula que aumentará en los próximos años debido al progresivo envejecimiento de la población. El ictus, un trastorno circulatorio cerebral, puede alterar, transitoriamente o definitivamente, el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo, pudiendo ser ictus hemorrágico o isquémico, que representa el 80 por ciento de los casos. El isquémico, producido por la oclusión de una arteria cerebral, conlleva un déficit neurológico. El adecuado pronóstico funcional en estos cuadros se consigue con un tratamiento precoz y especializado de recanalización de la arteria obstruida y reperusión del territorio cerebral que está en riesgo de necrosis.

Opciones concretas

Actualmente, el tratamiento trombolítico con rtPA intravenoso o trombolítico intravenoso, en las primeras cuatro horas y media del ictus isquémico o infarto cerebral es el único aprobado y se emplea de manera segura y eficaz. Sin embargo, la trombolisis sólo es útil para menos de un 5 por ciento de pacientes porque a muchos pacientes están fuera de la ventana terapéutica para aplicar el tratamiento o porque existen criterios que contraindican el tratamiento. Pero lo que puede resultar más importante es que "se sabe que la trombolisis intravenosa es poco efectiva en el abordaje de las oclusiones de grandes arterias cerebrales o de gran vaso, lo que ha dado lugar al desarrollo de nuevas estrategias para este grupo concreto de pacientes, que se corresponden con los casos más graves, como la terapia endovascular", han señalado a DM Carmen Serna, del Servicio de Neurología, y Alberto Gil y Luis López-Ibor, del



Luis López-Ibor, Alberto Gil y Carmen Serna, del Instituto de Neurociencias del Clínico de Madrid.

Servicio de Neurorradiología Intervencionista, todos del Instituto de Neurociencias, del Hospital Clínico de Madrid.

El tratamiento intervencionista endovascular consiste, básicamente, en acceder a la arteria ocluida mediante un cateterismo cerebral, por punción en arteria femoral, selectivo y extraer el trombo de forma mecánica, o instilar fármacos para lisar localmente el trombo, teniendo en cuenta el tipo

de paciente, la oclusión arterial, la colateralidad y el tiempo de evolución del ictus. Entre sus principales ventajas destacan la de que puede realizarse con el paciente despierto o con mínima sedación y, sobre todo, que se consigue una mayor recanalización de la arteria ocluida y permite una más amplia ventana terapéutica, "de hasta 8 horas desde el ictus e incluso mayor en arteria basilar, según las nuevas ampliaciones del Código Ictus", según Serna.

El equipo del Clínico lleva a cabo desde hace año y medio un protocolo de tratamiento endovascular intervencionista del ictus que funciona las 24 horas del día, 7 días a la semana. De hecho, el 80 por ciento de los procedimientos se han realizado en horario no laboral. Los actuales criterios para indicar el tratamiento endovascular, según la neuróloga, apuntan a enfermos en los que ha fracasado el trata-

La tradicional trombolisis intravenosa sólo es válida para menos del 5 por ciento de personas que acuden con un infarto cerebral

Para los pacientes que presentan oclusión de gran vaso, los de mayores secuelas neurológicas, el intervencionismo podría ser de elección

miento intravenoso, los que presentan una oclusión de gran vaso, y en los que se sabe que el tratamiento fibrinolítico es poco efectivo. Se podría hacer intervencionismo primario en ictus de arteria basilar y de arteria carótida". De hecho, y según Gil, las últimas recomendaciones van en esta línea: ante un diagnóstico de oclusión de gran vaso es necesario remitir el caso a un centro de referencia porque se trata de pacientes con ictus más graves y de mayores secuelas.

Resultados satisfactorios

La experiencia del Clínico asciende a 41 casos de ictus isquémico: 29 con oclusión arterial de circulación anterior y 12 con afectación de circulación posterior cerebral, es decir trombosis de arteria basilar. Los resultados han sido muy positivos puesto que se ha logrado que "un 48 por ciento con ictus de circulación anterior y un 33 por ciento de ictus de circulación posterior sean independientes. La recanalización de la arteria se ha logrado en un 97 por ciento de los casos", ha indicado López-Ibor, y ha insistido en la menor morbilidad del proceso, así como en las menores tasas de mortalidad y discapacidad, aunque algunos pacientes no alcanzan la recuperación deseada. Gil también ha apuntado a las ventajas de la extracción mecánica sobre el riesgo de sangrado y la reducción del tiempo de isquemia.

PSICOLOGÍA

Los menores asocian el tamaño a la dominación social

■ Redacción

El ser humano podría nacer con un cierto conocimiento de la jerarquía social vinculada con el tamaño de los individuos, según sugiere un estudio que se publica hoy en *Science*. Según explica Lotte Thomsen, de la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, los menores de un año comprenden la dominancia social y se valen del tamaño de personas y objetos para predecir quién se impone en un conflicto.

Los investigadores creen que esta capacidad viene definida de nacimiento, aunque señalan que quizá se aprenda en los primeros meses de vida. La posesión de este conocimiento podría ayudar a los menores de un año a superar el enorme reto que supone comprender su entorno social, específicamente la forma de reconocer quién es socialmente dominante en la cultura a la que pertenece.

Los investigadores relacionan esta habilidad infantil con el mundo animal, donde las posiciones de dominio quedan claras por gestos como la altivez o la sumisión física. Los neonatos, con una socialización muy limitada y sin capacidad verbal, podrían ser capaces de comprender enseguida estas acciones.

Mirar con atención

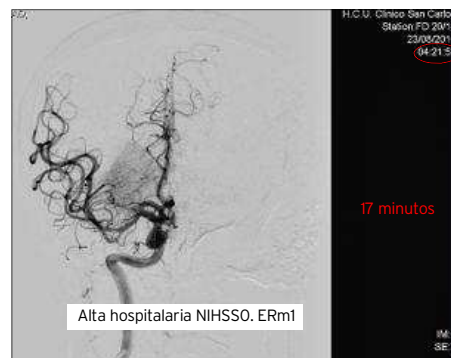
Thomsen se ha valido de imágenes en las que aparecen objetos móviles de diferente tamaño. En algunas se representaban dos bloques iguales, mientras que en otras los tamaños eran diferentes, de manera que uno impedía el avance de otro. Basándose en que los neonatos miran durante más tiempo lo que les sorprende, los autores han comprobado que los menores participantes en el estudio pasaban más tiempo mirando las imágenes en las que uno de los objetos cedía el paso a otro que le impedía el avance.

■ (*Science* 2011; 331: 477-480).



... y el después

A la derecha, el resultado del mismo caso. Se observa la angiografía carótida derecha en proyección AP después de haber llevado a cabo la recanalización con dispositivo de extracción mecánica, 17 minutos después del inicio del abordaje. La imagen muestra la reperusión de la arteria cerebral media (ACM) y la arteria cerebral anterior (ACA). El NIHSS al alta fue de 0.



El antes...

A la izquierda aparece el caso de una mujer de 70 años con ictus isquémico agudo por oclusión de terminación carotídea derecha de 4 horas de evolución. (NIHSS20). La angiografía carótida derecha en proyección AP muestra una oclusión en T carotídea que incluye arterial cerebral media (ACM) y arteria cerebral anterior (ACA).

ONCOLOGÍA EL QUIRÓN DE BARCELONA HA REALIZADO UNA ABLACIÓN DE UN TUMOR HEPÁTICO

Las microondas, opción para los tumores no quirúrgicos

➔ La ablación por microondas se postula como una buena alternativa terapéutica para las metástasis localizadas en los pacientes que no son

candidatos a la cirugía convencional. Esta técnica ha mejorado en los últimos años y ofrece mayor precisión que la radiofrecuencia.

■ Karla Islas Pieck Barcelona

Un equipo encabezado por Xavier Serres, radiólogo del Hospital Quirón de Barcelona, y Xavier Perich, jefe del Servicio de Diagnóstico por la Imagen de CRC Corporación Sanitaria, ha realizado con éxito, por primera vez en Cataluña, la ablación de un tumor hepático mediante el uso de microondas a una paciente de 75 años que presentaba metástasis localizada por cáncer de colon que ya había sido operado y había respondido de forma incompleta a la quimioterapia.

La intervención, que se llevó a cabo el pasado 20 de enero, se realizó con sedación parcial y la paciente pudo colaborar de manera activa con el radiólogo, por lo que bastaron poco más de ocho minutos de actividad térmica para destruir por completo el tumor.

Esta técnica consiste en introducir una aguja, que funciona como antena, guiada por medio de ecografía hasta el centro del tumor desde donde se emiten las microondas que elevan la temperatura del tejido hasta los 100 grados centígrados. Esta temperatura consigue deshidratar y hacer inviables las células del tejido tumoral.

Serres, que también forma parte del equipo del Servicio de Radiología del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona, ha explicado a DIARIO MÉDICO que los resultados que se obtienen con esta intervención son



Xavier Serres y Xavier Perich, en el Hospital Quirón, de Barcelona.

La ablación por microondas ofrece mayor precisión que la radiofrecuencia, por lo que afecta menos a los tejidos vecinos a la lesión tumoral

muy buenos, además de que se consigue preservar la función hepática del paciente, ya que se puede calcular con bastante precisión la zona a tratar sin necesidad de afectar los tejidos vecinos.

Actualmente, la ablación térmica de tumores se puede realizar también por ondas de radiofrecuencia y se considera una buena alternativa para el tratamiento de tumores hepáticos, renales, pulmonares y óseos en los pacientes que no son candidatos a la cirugía con-

venencial.

El procedimiento con microondas no es nuevo, pero su uso no se ha extendido en este tipo de intervenciones, ya que los primeros dispositivos presentaban algunos inconvenientes, por ejemplo, la falta de control del flujo energético a través de la aguja, lo que dañaba tejido sano. Las nuevas antenas sólo generan calor desde la punta, lo que permite establecer un radio adecuado a partir del epicentro geométrico de la lesión sin necesidad de dañar células de otros tejidos.

Principales ventajas

La ablación por microondas es adecuada para tratar volúmenes tumorales más grandes, ya que posibilita un mayor tiempo de exposición que la radiofrecuencia. Además, a diferencia de la ciru-

Esta técnica permite tratar volúmenes tumorales más grandes y durante un periodo de exposición mayor respecto a la ablación con radiofrecuencia

gía convencional, esta técnica no requiere someter al paciente a anestesia general, lo que evita los riesgos asociados a este proceso.

Los principales beneficios de esta intervención son los enfermos en los que no está indicada la cirugía convencional o en los que el riesgo es muy alto. "Tenemos que ser muy cautelosos y basarnos en la evidencia científica disponible hasta ahora que nos dice que, de momento, la cirugía es la opción más eficaz".

GENÉTICA IL18RAP, PTPN2, TAGAP Y PUS10

La genética de la celiacía y de la enfermedad de Crohn comparte cuatro 'locus'

■ DM

Un trabajo llevado a cabo por investigadores de las universidades de Groningen (Suecia), Harvard (Massachusetts, Estados Unidos) y Montreal (Canadá) ha descubierto que la enfermedad celiaca y la enfermedad de Crohn comparten rasgos genéticos. John D. Rioux, que trabaja en el centro canadiense y que aparece como autor principal del estudio, explica que ambas patologías comparten al menos cuatro locus genéticos: IL18RAP, PTPN2, Tagap y PUS10.

Los resultados de la investigación, que se publica en el último número de *PLoS Genetics*, revelan que dos de estas regiones genéticas eran previamente desconocidas, mientras que las otras dos ya se habían descubierto, aunque sólo se habían relacionado con cada patología de forma individual y no de forma conjunta.

Investigaciones previas ya habían determinado que los pacientes celiacos

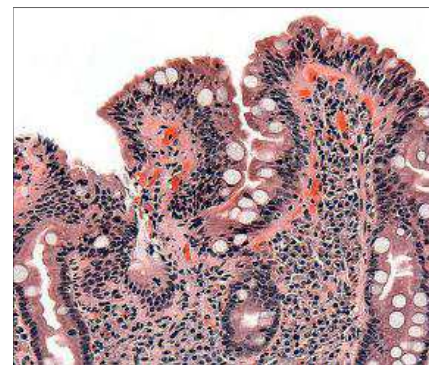
tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar enfermedad de Crohn en comparación con la población sana, por lo que el hecho de que ambas patologías compartan regiones genéticas patológicas no ha sorprendido a los autores.

De nueve, cuatro

Análisis de amplia asociación genómica sobre grupos de celiacos (768 casos y 1.422 controles) y de afectados de Crohn (3.230 casos clínicos y 4.829 controles) mostraron en principio nueve regiones genómicas que podían estar relacionadas con ambas enfermedades.

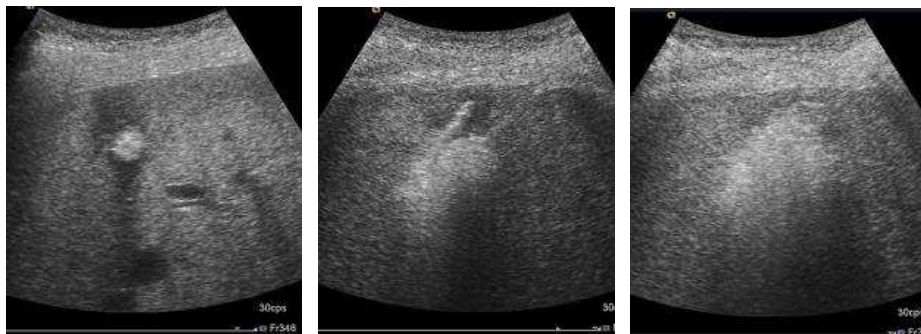
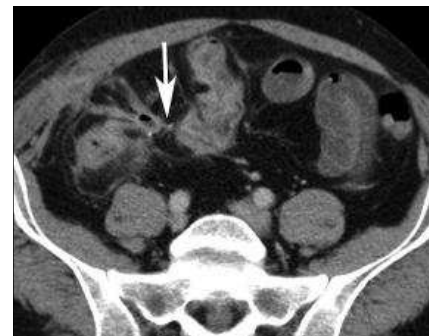
Los loci desconocidos hasta el momento son IL18RAP y PTPN2, mientras que los dos ya conocidos (Tagap y PUS10), que surgieron tras cribar las siete regiones genómicas restantes, mostraron señales evidentes de replicación en comparación con los otros cinco locus.

■ (*PLoS Genet* 2011; 7(1): e1001283).



Una relación que se confirma

Arriba, biopsia en enfermedad celiaca; abajo, TC de enfermedad de Crohn. Ya se sabía que los celiacos tenían más riesgo de desarrollar Crohn, y ahora la relación se traduce en cuatro locus genéticos compartidos.



Ablación de una metástasis hepática con la técnica de microondas

En las imágenes se puede apreciar el proceso de ablación de una metástasis hepática con la técnica de microondas. Izquierda: lesión focal hiperecogénica, con halo hipoeecogénico.

co. Centro: introducción de la aguja en el interior del tumor mientras provoca calor local. Derecha: desaparición de la lesión una vez finalizado el tratamiento.

NEUROLOGÍA EL FÁRMACO REDUCE LAS CICATRICES HIPERTRÓFICAS Y MEJORA LA ESTABILIZACIÓN DE MICROTÚBULOS

Paclitaxel mejora la regeneración axonal después de una lesión medular

➔ El paclitaxel puede ser útil, además de para tratar el cáncer, para mejorar la recuperación axonal después de una lesión medular. Un trabajo sobre modelo de rata, llevado a cabo por

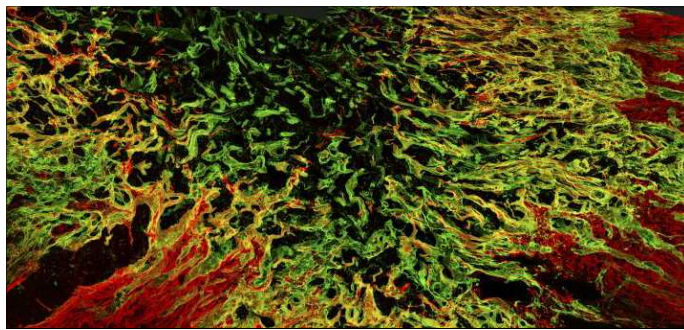
investigadores alemanes y que se publica hoy en *Science*, ha observado una reducción de las cicatrices hipertroóficas y de los depósitos de fibronectina en los tejidos dañados.

■ DM

La administración de paclitaxel (*Taxol*), uno de los fármacos más conocidos en el tratamiento del cáncer, descubierto en 1968, ha logrado reducir la cicatrización hipertrofica en modelo de rata con daños medulares y ha eliminado algunas de las barreras que impiden la regeneración axonal. Esta es la principal conclusión a la que ha llegado un grupo de investigadores del Instituto de Neurobiología Max Planck, de Alemania. Los resultados del trabajo se publican hoy en *Science*.

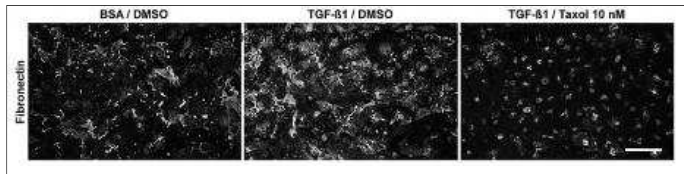
Los autores, coordinados por Frank Bradke, sugieren que la terapia con paclitaxel podría estimular la capacidad de crecimiento de axones dañados tras haber sufrido lesiones medulares. Junto a Farida Hellal, otra de las investigadoras, señala que tanto la cicatrización como la característica innata de los axones de no crecer tras sufrir daños están controlados por la dinámica de los microtúbulos, componentes del citoesqueleto.

Los autores basan su trabajo en que el paclitaxel actúa sobre los microtúbulos. En primer lugar, comproba-



Causa del daño medular y solución para la regeneración axonal

Arriba, imagen confocal de una cicatriz fibroblástica, uno de los mayores obstáculos para la regeneración axonal, en una rata con lesiones medulares. El *Taxol* reduce la migración celular meníngea y la liberación de gliosaminoglicano tanto *in vitro* como *in vivo*; como se aprecia en la imagen inferior, el fármaco logra reducir los depósitos de fibronectina inducidos por TGF-β1 en células meníngeas.



ron su eficacia en la reducción de cicatrices administrando el fármaco a los animales en las zonas dañadas. Siete días después del daño, en los animales control aparecieron en la lesión lami-

na, fibronectina y colágeno IV, mientras que en los tratados con paclitaxel la presencia de estos componentes fue significativamente menor.

Según apuntan los auto-

res, la acción del fármaco en el citoesqueleto de ratones afectados por daño medular ayuda a la estabilización de los microtúbulos a través de una variedad de procesos celulares, entre los que desta-

ca una pérdida o transformación en la señalización del factor β de crecimiento. Como resultado, han observado una reducción en la presencia de cicatrices, junto a un aumento de la capacidad de los axones para crecer de nuevo.

La estabilización de los microtúbulos previene la acumulación de condroitin-sulfato proteoglicanos, lo que permite a los tejidos dañados ser más receptivos a la regeneración axonal y al aumento de neuronas sensoriales competentes. Los autores destacan el crecimiento de axones en el tracto rafe-espinal, lo que permite la aparición de mejoras funcionales significativas. Estos resultados podrían tener implicaciones terapéuticas, ya que el paclitaxel podría utilizarse en combinación con otras terapias para tratar en humanos las lesiones medulares.

■ (*Science* 2011; DOI: 10.1026/science.1201148).

DIARIO MEDICO.COM
Puede acceder a noticias relacionadas con la investigación básica y clínica en neurología en el web

HEMATOLOGÍA LA ALIANZA FORTALECE A LA ENZIMA NIK Y AL CÁNCER

La unión de API2 y MALT1 desencadena un subtipo agresivo de linfoma de células B

■ DM

En ocasiones, la unión de dos proteínas genera una molécula más poderosa, en la que el todo es mejor que la suma de las partes. Así sucede con API2 y MALT1, proteínas que se unen uno de los subtipos de linfoma. Según señalan hoy en *Science* investigadores de la Universidad de Michigan, en Estados Unidos, la parte correspondiente a API2 conecta con la enzima NIK, lo que confiere a MALT1 la posibilidad de dividir en dos a la enzima. Como resultado, NIK se fortalece, se corrompe y promueve el crecimiento, la diseminación y la resistencia terapéutica de las células tumorales.

Linda McAllister Lucas y

Peter C. Lucas, del citado centro, desvelan en el estudio que la fusión entre API2 y MALT1 aparece en el 30-40 por ciento de casos de un subtipo de linfoma de células B, conocido como linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT). Esta suma de proteínas no se ha visto en ningún otro tipo celular.

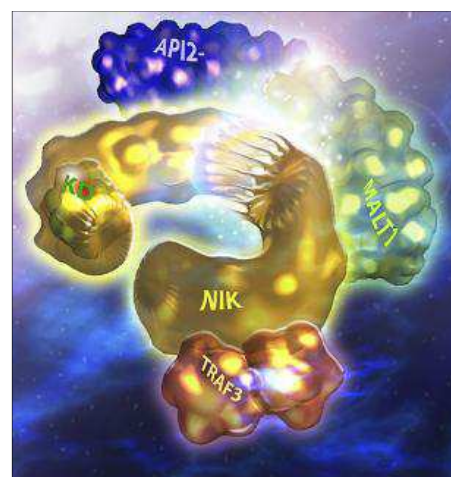
Los autores apuntan que NIK sí se ha visto implicada en otros tumores ligados a las células B. La segmentación que provoca en la enzima la fusión de las dos oncoproteínas sugiere una nueva vía de activación de NIK, que podría representar una nueva diana para el desarrollo terapéutico.

Además, la investigación

apunta hacia la fusión de API2 y MALT1 como una diana terapéutica por sí misma. Ninguna de las dos proteínas, por sí sola, causa la ruptura de NIK.

Los investigadores ven especialmente interesante que en este proceso oncogénico estén implicadas una cinasa (NIK) y una proteasa (API2-MALT1), ya que ambos tipos de proteínas se consideran buenos puntos de partida para desarrollar fármacos inhibidores.

Los linfomas MALT que portan la fusión entre ambas proteínas tienden a ser más agresivos y resistentes a la terapia, por lo que los tumores suelen ser mayores y más susceptibles a la metástasis. Según añaden los au-



API2-MALT1 se une a NIK, que permite la proliferación tumoral.

tore, una vez que NIK se vuelve estable, desencadena una serie de reacciones posteriores que provocan una mayor capacidad metastásica en las células. Estos efectos han podido ser reverti-

dos bloqueando NIK, lo que sugiere que lograr su inhibición o conseguir que no se establezca podría frenar el desarrollo tumoral.

■ (*Science* 2001; 331: 468-472).

HEPATOLOGÍA

Los nuevos antivirales de la hepatitis C facilitarán el tratamiento

■ Redacción

Hoy concluye el Curso de Hepatitis que se celebra, por sexto año consecutivo, en el Colegio de Médicos de Madrid, bajo la coordinación de Vicente Soriano y Juan Gonzalez-Lahoz, del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Carlos III, de Madrid.

Rafael Esteban, del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona, ha expuesto datos sobre el beneficio duradero de la terapia oral con nucleos(t)idos frente a la hepatitis B. La utilización de tenofovir o de entecavir en primera línea ha permitido alcanzar carga viral indetectable a casi todos los pacientes con hepatitis crónica B que cumplen bien el tratamiento. A diferencia de la infección por VIH, en la hepatitis B la monoterapia puede ser suficiente. Solo en pacientes que han tomado previamente lamivudina se han reconocido fracasos, casi siempre a entecavir y con selección de resistencias. Afortunadamente, en esos casos el rescate con tenofovir suele ser exitoso.

En cuanto al tratamiento de la hepatitis C, está en un momento álgido, según ha comentado Vicente Soriano. "La irrupción de antivirales orales va a desplazar lo que ha sido hasta ahora el único tratamiento para estos pacientes: el interferón alfa".

"La terapia con los nuevos inhibidores de la proteasa o de la polimerasa permite obtener tasas de curación superiores al 75 por ciento en los pacientes infectados por el genotipo 1 del virus C. Aunque en un primer momento estos nuevos antivirales se combinan con interferón, ya están en marcha estudios en los que se prescinde de él y se combinan sólo antivirales orales. Los nuevos antivirales se toman por vía oral y son mejor tolerados. El principal inconveniente es la posibilidad de resistencias en los pacientes que fracasan".

INFECCIOSAS HAN SECUENCIADO 240 MUESTRAS RECOGIDAS DURANTE 24 AÑOS DEL LINAJE DE PMEN1 DE 'S. PNEUMONIAE'

Muestran una imagen genética de la lucha entre 'S. pneumoniae' y vacunas

➔ Un estudio del Instituto Wellcome Trust Sanger, en Cambridge, desenmascara los acontecimientos genéticos por los cuales la bacteria *S. pneumoniae* responde rápidamente a los

nuevos antibióticos y vacunas. El trabajo, que se publica hoy en *Science*, sugiere que conocer mejor al enemigo podría perfeccionar las medidas de control de la infección.



Stephen Bentley.

Redacción

Una investigación que se publica hoy en *Science* proporciona la primera imagen genética detallada de una guerra evolutiva entre la bacteria *Streptococcus pneumoniae* y las vacunas y antibióticos empleados en las últimas décadas.

La secuenciación del genoma completo revela patrones de adaptación y la diseminación de un linaje de la bacteria *S. pneumoniae* resistente a los fármacos.

El estudio, coordinado por Stephen Bentley, del Instituto Wellcome Trust Sanger, en Cambridge (Reino Unido), desenmascara los acontecimientos genéticos por los cuales la *S. pneumoniae* responde rápidamente a los nuevos antibióticos y vacunas. El equipo de investigadores sugiere que conocer mejor al enemigo podría perfeccionar las medidas de control de la infección.

Desde la década de 1970, algunas formas de esta bacteria -responsable de enfer-

medades como la neumonía, la infección de oídos o la meningitis bacteriana- han ganado resistencia a la mayoría de antibióticos usados tradicionalmente. En el año 2000, la *S. pneumoniae*

fue responsable de 15 millones de casos de enfermedad invasiva en el mundo. Ese mismo año fue introducida una nueva vacuna en Estados Unidos en un intento de controlar las enfermedades

resultantes de las formas de la bacteria más comunes y resistentes al fármaco.

Esta nueva investigación utiliza la secuenciación de ADN para describir de manera precisa la reciente evo-

lución y éxito de un linaje de la bacteria resistente al fármaco llamado PMEN1, que se ha diseminado por todos los continentes.

"Hemos secuenciado 240 muestras recogidas durante el curso de 24 años del linaje de PMEN1 de *S. pneumoniae*. Mediante la comparación de secuencias, logramos entender cómo esta bacteria evoluciona y se reinventa a sí misma en respuesta a las intervenciones humanas".

El poder de la secuenciación de la siguiente generación revela al *S. pneumoniae* como un patógeno que se desarrolla con una marcada velocidad. El grado de diversidad fue una sorpresa para los investigadores.

Recombinaciones

En primer lugar, el equipo tenía que distinguir entre mutaciones de una sola letra que son transmitidas verticalmente cuando las células se dividen en dos, y horizontalmente, donde los segmentos de letras de ADN

PROCEDENTES DE OTROS MICROORGANISMOS

Una bacteria desarrolla nuevas habilidades al adquirir genes

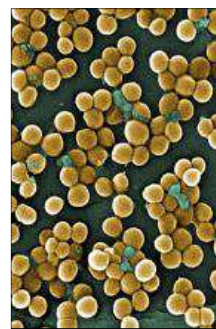
Redacción

En un estudio que se publica hoy en *PLoS Genetics*, científicos de la Universidad de Maryland, en Baltimore, y del Instituto Pasteur, de París, han mostrado que las bacterias desarrollan nuevas habilidades, como la resistencia a los antibióticos, mediante la adquisición de genes de otras bacterias.

Para llegar a esta conclusión, los investigadores, coordinados por Todd J. Treangen y Eduardo P. C. Rocha, han examinado una gran base de datos de genomas de

microbios, incluyendo los de los patógenos más virulentos, y así han descubierto si la duplicación o transferencia horizontal de genes era el método de expansión más común. El trabajo concluye que la expansión de genes familiares puede seguir ambas rutas, pero a diferencia de lo que ocurre en organismos multicelulares grandes, tiene lugar mediante transferencia horizontal.

Este hallazgo contradice en parte la teoría ampliamente aceptada de que las nuevas funciones biológicas



Staphylococcus aureus.

en las bacterias y otros microbios surgen a través de procesos de duplicación genética dentro del mismo organismo.

■ (*PLoS Genetics*; DOI: 10.1371/journal.pgen.1001284)

ANESTESIOLOGÍA SE APLICA SOBRE LAS ZONAS AFECTADAS, CON ANESTESIA LOCAL PREVIA

La administración de parches de capsaicina mejora el dolor neuropático periférico durante tres meses

Redacción

El dolor neuropático periférico afecta a entre el 6 y el 8 por ciento de la población; en España la cifra se sitúa en torno al 7,7 por ciento, lo que supone que hay más de dos millones de afectados. Jerónimo Herrera, jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de Valme, en Sevilla, ha comentado que es "el dolor de los dolores, el que produce más sufrimiento a los pacientes".

Se desconocen las causas que provocan este tipo de dolor, pero se relacionan sobre todo con infecciones, tal y como es el caso del herpes zóster o el VIH. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico se lleva a cabo con la historia clínica, con exploración neurológica, TC, resonancia magnética y gammagrafía.

Herrera ha recordado que no existe un tratamiento

La capsaicina es un agonista de los receptores TRPV1 y en altas dosis produce una activación continuada de dichos elementos

único para esta patología tan incapacitante, "puesto que normalmente se trata con una combinación de fármacos. Además, en el 50 por ciento de los pacientes no se consigue mitigar el dolor".

El parche de capsaicina, comercializado por Astellas bajo el nombre de *Quenza*, puede ser de utilidad en los afectados, "puesto que la aplicación de un parche de capsaicina al 8 por ciento puede reducir el dolor neuropático durante unos tres meses".

Concha Pérez, jefa de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario de La Princesa, de Madrid, ha explicado cómo funciona el parche. La capsaicina en altas con-

centraciones y por vía tópica produce una anulación o regresión del receptor TRPV1, que es el que se sobreexpresa en las situaciones de dolor en las terminaciones nerviosas periféricas.

Mecanismo de acción

La capsaicina es un agonista de los receptores TRPV1 y en altas dosis produce una activación continuada de los receptores TRPV1 lo que conduce a una desensibilización o desfuncionalización prolongada de los nociceptores y a una degeneración axonal, es decir, los nociceptores se desvanecen en la epidermis. Las alteraciones de los nociceptores cutáneos inducidas por la capsa-

cina son reversibles y su función normal se vuelve a recuperar pasado un tiempo. El parche, de 70 mg, se aplica sobre las zonas afectadas por el dolor, y tales zonas tienen que ser siempre delimitadas por un médico o un profesional sanitario, quienes aplicarán el parche, puesto que se debe administrar antes una anestesia local, ya que uno de los efectos adversos de la capsaicina es el dolor. De esta forma se evita, y una vez que se coloca, permanecerá 30 minutos si es aplicado a pacientes con neuropatía asociada al VIH (en estos casos se pone en el pie); y 60 minutos en cualquier otra localización, normalmente en pacientes con dolor neuropático posherpético.

Herrera ha recordado que por ahora en los pacientes en los que se ha utilizado siguen el tratamiento antiálgi-



Jerónimo Herrera, Concha Pérez y José María Martín Dueñas.

co disponible, es decir se añade a la terapia ya implantada. No obstante, no se descarta la posibilidad de utilizarlo como primera línea, pero aún tienen que conti-

nuar los ensayos en la indicación de dolor neuropático posherpético. El dolor neuropático periférico en diabéticos es el siguiente objetivo.

DIARIO MEDICO.COM
Más información sobre la investigación de la evolución de diferentes tipos de bacterias.

CALIDAD UN MENOR CONSUMO DE HEMOCOMPONENTES MEJORA LA EFICIENCIA Y SEGURIDAD Y REDUCE LOS COSTES

El Clínico de Barcelona baja un 30% las transfusiones en cirugía cardíaca

➔ La sangre es un bien imprescindible y escaso, por lo que cualquier actuación tendiente a mejorar su consumo resulta relevante. Partiendo de este principio, el equipo interdiscipli-

nar que participa en la cirugía cardíaca del Hospital Clínico de Barcelona ha logrado reducir las transfusiones de un 78 por ciento en 2007 a un 48 por ciento en 2010.

■ Carmen Fernández Barcelona

Cirujanos y anestesiólogos del Hospital Clínico de Barcelona han demostrado que es posible reducir la tasa de transfusiones sanguíneas en cirugía cardíaca (una de las que más hemocomponentes consume, junto con el trasplante hepático) hasta en un 30 por ciento, mejorando la eficiencia y la seguridad y reduciendo costes sin alterar los resultados en salud.

Según han informado Misericordia Basora, anestesióloga responsable del programa de ahorro de sangre en cirugía cardíaca, y Manuel Castellà, jefe de sección de cirugía cardiovascular, en Estados Unidos la tasa de transfusión sanguínea se acerca a un 50 por ciento, mientras que en España suele ser muy superior (no hay datos fiables porque es un asunto poco estudiado).

El equipo interdisciplinario del centro, compuesto también por perfusionistas y especialistas en hemostasia, estudió en 2007 el consumo que estaban haciendo sobre una muestra de cien pacientes operados (al año realizan entre 600 y 650 intervenciones) para ver si era posible ahorrar y qué medidas podían adoptar para hacer un uso más racional de un recurso tan necesario y esca-



Misericordia Basora y Manuel Castellà en la UCI de cirugía cardíaca del Clínico barcelonés.

so como es la sangre procedente de donantes. Así comprobaron que transfundían a un 78 por ciento de los pacientes, una cifra muy superior a lo que marcan los estándares estadounidenses. Posteriormente iniciaron el programa de ahorro (el centro ya obtuvo éxito previamente con un programa similar en cirugía ortopédica) tomando como referencia guías clínicas de cirugía cardíaca y anestesia de Estados Unidos y tras revisar y mejorar toda la estrategia

transfusional del equipo (especialmente en pacientes sin comorbilidades que afectan a la coagulación o coagulopatías), incluyendo el preoperatorio (pruebas invasivas), la hemodilución y la recuperación de sangre propia del paciente durante la operación y en el postoperatorio (UCI).

Segunda muestra

Así, según han comprobado en una segunda muestra de cien pacientes (entre finales de 2009 y principios de

2010), han disminuido la tasa transfusional a un 48 por ciento de los pacientes, con un ahorro significativo tanto de sangre como de plasma y plaquetas, y económico (68.000 euros en un año, descontando el coste de los fungibles de la técnica de aprovechamiento de sangre del propio paciente).

Según han informado Basora y Castellà, han mejorado la indicación de la transfusión y el rendimiento de la recuperación de sangre intraoperatoria pero también

han optimizado los parámetros peroperatorios de coagulación de los pacientes y han limitado la hemodilución durante la cirugía.

Los resultados muestran ahorro tanto en cantidad de sangre transfundida como en número de pacientes transfundidos pero el equipo interdisciplinario, que ha logrado esta mejora tras el necesario proceso de concienciación y de formación específica en sesiones conjuntas, cree que puede mejorar más su nueva tasa de transfusiones.

"La evaluación continua de todos los factores que influyen en la transfusión y su corrección nos permitirán mejorar la adecuación del tratamiento con hemocomponentes preservando la seguridad del paciente", ha manifestado Castellà.

Áreas de mejora

Ya han identificado como pendientes de mejora la optimización de los problemas de coagulación y de anemia preoperatoria y de pérdidas de sangre en pruebas preoperatorias invasivas, el sistema de cálculo para el diagnóstico de las coagulopatías agudas para personalizar el tratamiento e, incluso, las cantidades de sangre solicitadas por paciente.

INFORMATIZAR

La consulta 'on-line' reduce el número de derivaciones a especialistas

■ Europa Press Pamplona

El sistema de *Interconsulta no presencial*, implantado en Navarra como experiencia piloto desde 2005 entre profesionales de atención primaria y médicos especialistas, evita el 72 por ciento de derivaciones de pacientes adultos al especialista y el 42 por ciento en el caso de menores.

Así se ha puesto de manifiesto en la presentación de los resultados de este programa en las especialidades de Alergología y Endocrinología, en un acto en el que han participado la directora de Atención Primaria, Cristina Ibarrola; la médica del Centro de Salud de San Juan, Santos Induráin, y la jefa del Servicio de Alergología del Complejo Hospitalario de Navarra.

Según han explicado, el programa consiste básicamente en un método de intercambio de opiniones escritas acerca de los procesos de los pacientes mediante la historia clínica informatizada y el correo electrónico. En concreto, en la última evaluación realizada durante el periodo de enero a septiembre de 2010, el 63 por ciento de las interconsultas no presenciales realizadas al servicio de Alergología no requirieron derivación posterior a especializada.

Motivos de consulta

En adultos se evitó el 72 por ciento de derivaciones y el motivo de consulta más frecuente fue la hipersensibilidad a fármacos. En pediatría, por su parte, se evitó el 42 por ciento de las derivaciones y los motivos de consulta más frecuentes fueron los síntomas respiratorios y, en segundo lugar, la hipersensibilidad a alimentos.

Este año impulsará esta modalidad de consulta, valorándose su implantación en Neumología, Dermatología y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Pediatría. Progresivamente se extenderá al resto de especialidades.

HOSTELERÍA OTROS CINCO CENTROS DE AGUDOS ESPAÑOLES CUENTAN YA CON ESTA MODERNA TECNOLOGÍA

El nuevo hospital de Reus se adhiere a la línea fría completa en cocina

■ C.F. Barcelona

El nuevo Hospital San Juan de Reus, del grupo Sagessa (titularidad municipal) y concertado con el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), contará dentro de seis meses con la tecnología de línea fría completa (incluyendo pasteurización) en cocina, sumándose así a los hospitales Gregorio Marañón de Madrid, Materno-Infantil de Las Palmas, San Pedro de La Rioja, Complejo Asistencial de Zamora y San Pablo de Barcelona.

Este nuevo proceso de producción y distribución alimentaria, que ofrece más garantías de calidad y seguridad en alimentos preparados, se está implantando de

El nuevo proceso de producción y distribución alimentaria se está implantando de manera muy rápida por hospitales de más de 300 camas

manera muy rápida en Europa; el 90 por ciento de los hospitales de más de 300 camas de Francia, Holanda, Dinamarca, Bélgica y Suecia lo han adoptado ya.

En Reus, el servicio se ha externalizado y adjudicado a la empresa Boris 45, que hará una inversión de seis millones de euros entre la unidad central de producción

para la línea fría completa ubicada en el Tecnoparque de Reus y la unidad de satélite y la cafetería dentro del hospital.

Fuentes de la empresa han informado de que inicialmente este servicio dará trabajo a quince personas pero está previsto ampliar la plantilla a 40 en momentos de máxima producción (el hospital no está al cien por cien de su capacidad).

En la línea fría los alimentos pasan por el proceso de cocción, abatimiento (enfriado del producto terminado en menos de dos horas) y conservación en frío (3-4 grados), y posteriormente se distribuyen y se regeneran justo antes de ser consumi-

La inversión de la empresa adjudicataria del servicio es de seis millones de euros en la unidad central de producción y la satélite y la cafetería del centro

dos por el paciente. El método permite un cumplimiento riguroso de la normativa en seguridad alimentaria, mejor calidad del alimento preparado (presentación, olor, textura, sabor y temperatura) y separar la producción de la distribución. También destacan como ventajas que hace posible una gran producción para

ser distribuida en cualquier momento y en cualquier lugar, la optimización de los recursos humanos y una mejora del precio final del menú.

En Reus, a diferencia del resto de hospitales con línea fría en España, se contará con la pasteurización (someter los alimentos a una temperatura constante durante un tiempo determinado para eliminar gérmenes termófilos, como la salmonela). Según la empresa concesionaria del servicio, la pasteurización se realiza en bolsas termoselladas (hermeticamente cerradas), lo que aumenta la fecha de caducidad de los alimentos preparados.

EMPRESAS

DESARROLLADO EN PARTE DESDE EL CENTRO MADRILEÑO DE LA COMPAÑÍA, ES EL ÚNICO CON INDICACIÓN EN LA PATOLOGÍA

'Revolade', de GSK, supondrá la revisión de protocolos en PTI grave

➔ Los casos más graves de púrpura idiopática trombocitopénica (PTI) no son muy frecuentes y por eso se han contemplado en parte como una enfermedad huérfana tratada en mu-

chos casos con fármacos cuya indicación autorizada no es la citada enfermedad. *Revolade* ha recibido la indicación específica de PTI y presenta la ventaja de su administración oral.

■ **Cristina G. Real**

El reciente lanzamiento de *Revolade* -eltrombopag-, desarrollado por la multinacional británica GlaxoSmithKline y disponible en el mercado español desde diciembre de 2010 (ver DM del 9-XII-2010), hará que "revisemos los protocolos terapéuticos de la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI)" en sus manifestaciones más graves (que se dan en el 8 al 10 por ciento de los pacientes con la citada enfermedad), según Cristina Pascual, hematóloga del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid. En primer lugar, "es el único medicamento que en la actualidad dispone de la indicación específica para la PTI". Además, es un tratamiento efectivo, bien tolerado, con pocos efectos secundarios y, sobre todo, "de administración oral", frente a la alternativa disponible de la misma familia -agonista del receptor humano de la trombopoyetina-, a la que también aventaja en el precio, "algo muy importante en la actualidad en un momento en el que los presupuestos se recortan y los hospitales lo miran todo".

Frecuencia relativa

Pascual ha participado en tres de los ensayos clínicos multinacionales con el compuesto, realizados entre cerca de 800 pacientes, una cifra baja en términos generales, pero bastante acorde con la escasa incidencia de



Cristina Pascual y Maite de los Frailes, en el Centro de Investigación Básica de GSK en Tres Cantos.

los casos graves de la enfermedad. "La PTI es relativamente frecuente, pero los casos en los que el número de plaquetas es muy bajo -trombocitopenia- y puede aparecer clínica hemorrágica son muy inferiores, hasta

el punto de que se puede considerar una patología huérfana en cuanto a la atención que hasta ahora le ha dedicado la industria farmacéutica, y en la que los hematólogos hemos tenido que emplear el estado del

arte y basarnos en nuestra propia experiencia".

Dada la alternativa que supone *Revolade* en la PTI, su presencia en el mercado será importante para GSK y especialmente para el Centro de Investigación Básica

INVESTIGACIÓN BÁSICA 'MADE IN SPAIN'

El Centro de Investigación Básica (CIB) de GSK en Tres Cantos (Madrid) está integrado en la división de Molecular Discovery Research de la compañía. Está especializado en la identificación de moléculas de bajo peso molecular con actividad farmacológica mediante la utilización de nuevas tecnologías de ensayos y procesos de selección de fármacos de alto rendimiento, proceso conocido como *ultra-High-Throughput Screening* (uHTS). Esta tarea se realiza mediante técnicas de selección molecular en las que se ensayan algo

más de 2 millones de compuestos químicos por cada proyecto susceptible de convertirse en un nuevo medicamento. En concreto, el CIB es responsable de las dos terceras partes de este tipo de investigación en GSK, y ha colaborado en los últimos años en proyectos de descubrimiento de nuevos fármacos como el recién lanzado *Revolade* y prácticamente de todas las áreas terapéuticas en las que trabaja la multinacional.

El CIB tiene una plantilla formada por 60 científicos.

(CIB) de la compañía en Tres Cantos (Madrid), que ha participado en una parte de su desarrollo multicéntrico. Maite de los Frailes, bióloga molecular y directora del grupo de *screening* farmacológico del centro, explica que el CIB aportó la "adaptación del ensayo de luciferasa a formato de *screening* y la caracterización de actividad y especificidad de los derivados químicos sintetizados", un proceso que duró un año y que se produjo hace una década, como es lógico dada la duración media del desarrollo de cualquier fármaco, de entre diez y quince años. "Ahora -añade- empezamos a ver los primeros frutos de cosas con las que trabajamos hace años". La actividad del CIB ha ido creciendo y en la actualidad trabaja cada año en un número de proyectos que oscila entre los 20 y los 30, dando servicio a todos los grupos de investigación de la compañía. El proyecto de desarrollo de *eltrombopag* "ha sido muy complejo" porque inicialmente no parecía que se pudiese lograr el objetivo imprescindible para GSK del compuesto en forma oral, y su éxito se debe, entre otras razones, al liderazgo del español Juan Luengo, del Departamento de Oncología de GSK en Pensilvania (Estados Unidos), "sin cuya dirección probablemente no habría salido adelante", concluye De los Frailes.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Un comité de la EMA respalda la aprobación de 'Jevtana', de Sanofi-aventis

■ Redacción

La compañía francesa Sanofi-aventis ha recibido la opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano de la agencia reguladora europea EMA para la comercialización de *Jevtana* -cabazitaxel- en combinación con prednisona o prednisolona para el tratamiento de pacientes con cáncer de próstata metastásico hormono-refractario (mHRPC) previamente tratados con un régimen con docetaxel.

En la actualidad, el fármaco está autorizado en Estados Unidos y Brasil, y se ha presentado a los organismos reguladores de 26 países en cuatro continentes para su eventual aprobación.

Jevtana es un antineoplásico que actúa mediante la interrupción de la red tubular de las células. En concreto, el compuesto se une a la tubulina y promueve su ensamblaje en los microtúbulos, al tiempo que inhibe su desmontaje. Esto conduce a la estabilización de los microtúbulos, lo que resulta en la inhibición de las funciones celulares mitóticas e interfase.

Según fuentes de la compañía, el medicamento ha demostrado un amplio espectro de actividad antitumoral contra tumores sólidos avanzados xenoinjertados en ratones, y se muestra activo en tumores sensibles a docetaxel.

Además, hay evidencia de la actividad de cabazitaxel en modelos de tumores poco sensibles a la quimioterapia, incluyendo docetaxel.

■ Nueva financiación para 'MabThera'

La multinacional suiza Roche ha anunciado que su fármaco *MabThera* -rituximab- será financiado por el Sistema Nacional de Salud como terapia de mantenimiento en primera línea de los pacientes con linfoma folicular. Según fuentes de la compañía, el uso de este fármaco en mantenimiento representa un avance en el abordaje de los linfomas foliculares, ya que reduce el riesgo de recaída y la necesidad de recibir diferentes ciclos de quimioterapia, mejorando así la calidad de vida.

LOS MEDICAMENTOS RECIENTES IMPULSAN EL RESULTADO DE UN EJERCICIO CON 13 AUTORIZACIONES Y 16 SOLICITUDES

Las ventas de Novartis suben un 14 por ciento gracias a sus novedades

■ Redacción

La multinacional suiza Novartis cerró 2010 con un aumento del 14 por ciento de sus ventas en 2010 -que superaron los 50.000 millones de dólares- y del 15 por ciento de su beneficio operativo gracias, sobre todo, a los productos más nuevos de su cartera, responsables del 21 por ciento de las ventas alcanzadas por el grupo el año pasado.

En la presentación de sus

resultados de 2010 ayer en su sede de Basilea (Suiza), el grupo insistió en el rejuvenecimiento de su arsenal de medicamentos y en su papel de "liderazgo farmacéutico", con 16 importantes nuevas solicitudes de aprobación en 2010 en Estados Unidos, la Unión Europea y Japón. Ejemplos expuestos por Novartis son el compuesto ACZ885, para la artritis; *Lucentis*, para la oclusión de las venas de la retina; el fármaco

SOM230, para el tratamiento de la enfermedad de Cushing, y *Afinitor*, indicado en los tumores neuroendocrinos avanzados, además de la vacuna del meningococo B *Bexsero*.

Novartis revisó también las 13 grandes autorizaciones reguladoras recibidas en 2010 en los principales mercados, incluidas las de *Tasigna* como tratamiento de primera línea en leucemia mieloide crónica en la UE, Sui-

za y Japón; el visto bueno de *Lucentis* en la UE para el edema macular en diabetes y la autorización en Estados Unidos de *Afinitor* para los astrocitomas de célula gigante supratentorial asociados a esclerosis tuberosa.

Posición de liderazgo

Joseph Jimenez, presidente de Novartis, señaló durante la presentación de sus datos económicos que la compañía "ha logrado unos exce-

lentes resultados en 2010, puesto que todas las divisiones han contribuido a un crecimiento por encima de la media del mercado".

Ha añadido, además, que "Novartis sigue liderando la industria en innovación", con las aprobaciones y solicitudes citadas, y subrayó además la importancia de *Gilenya*, "nuestro tratamiento pionero para la esclerosis múltiple lanzado ya en Estados Unidos".

BIOLOGÍA DESARROLLADO EN EL EMBL, AUTOMATIZA Y AGILIZA EL PROCESO DE BÚSQUEDA

Un 'software' ayuda a diseñar el microscopio inteligente

➔ Una vez más, la informática acude en ayuda de otras ciencias. El Laboratorio Europeo de Biología Molecular ha desarrollado un *software* que

aportará una mayor inteligencia y automatización al trabajo de microscopía, ayudando al investigador en su búsqueda.

■ David Rodríguez Carenas

Toda disciplina, y más en el ámbito de las ciencias, es susceptible de mejorar. Y sin temor a equivocarnos podemos decir que toda ciencia es susceptible de ser mejorada a través de la informática. Eso es lo que han pensado en el Laboratorio Europeo de Biología Molecular (EMBL, por sus siglas en inglés), situado en Heidelberg (Alemania), donde han desarrollado un *software* que dotará a los microscopios de inteligencia propia, ayudando de esta forma a agilizar y simplificar el trabajo del investigador en su búsqueda celular.

El objetivo básico del EMBL es evitar que el investigador tenga que estar sentado junto al microscopio durante horas en busca de unas células determinadas. El nuevo programa aprende rápidamente lo que el profesional busca y lleva a cabo los experimentos microscópicos de forma automática cuando detecta las células cuyas especiales características les hacen ser interesantes para los investigadores.

"La motivación inicial del programa -llamado *Micropilot*- viene de los experimentos microscópicos de alto rendimiento con células humanas, que pueden generar una gran cantidad de datos -a veces varios terabytes- en un mismo trabajo. Sin embargo, las células que buscan suelen ser bastante escasas y por ello la mayoría de las imágenes no son informativas", explica a DIARIO MEDICO el director del proyecto, Jan Ellenberg, coordinador de la Unidad de Biología Celular y Biofísica del EMBL. "Por eso hemos desarrollado un programa informático que detecte de forma automática, y tras obtener las imágenes, las células que se buscan. El siguiente paso era, por tanto, utilizar el *software* para controlar directamente el microscopio".

Funcionamiento

Micropilot aporta formación al microscopio; analiza imágenes de baja resolución tomadas por el aparato y, una

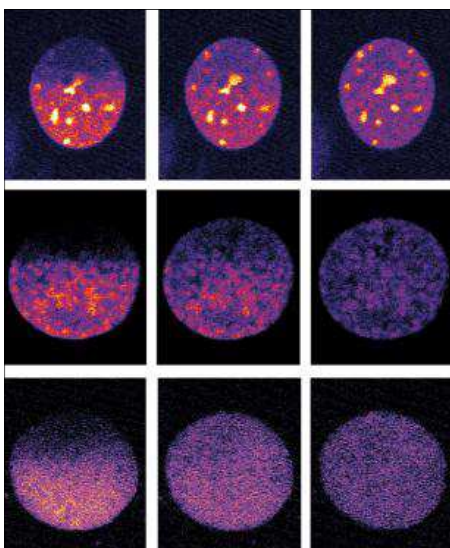


Jan Ellenberg, director del proyecto de desarrollo de *Micropilot*.

vez se ha identificado la célula o la estructura que se busca, ordena al microscopio el inicio del experimento. Las instrucciones pueden ir desde la mera grabación de videos secuenciales de alta resolución hasta el uso de láser para interferir con proteínas marcadas de forma

fluorescente para luego almacenar los resultados.

Por tanto, las ventajas se pueden resumir rápidamente en más comodidad, más datos y más rapidez. "Permite un gran incremento del rendimiento. Lo que a un científico le llevaría un mes de trabajo a tiempo com-



Extracción de las etiquetas fluorescentes

El *software* detecta las células en etapas de división celular concretas (cada fila muestra un núcleo celular) y ordena al microscopio que extraiga las etiquetas fluorescentes de las células en la mitad de los núcleos celulares (imágenes de la izquierda) y graba lo que ocurre después (centro y derecha).

Lo que a un científico le llevaría un mes de trabajo a tiempo completo, ahora se podría lograr en un único día y sin estar encima del microscopio

to en condiciones normales, ahora se podría lograr en un único día y sin estar encima del microscopio". En cuatro noches, *Micropilot* puede detectar 232 células en dos etapas de división celular y desarrollar un complejo trabajo de imagen en ellas. A partir de este alto rendimiento, se pueden generar los suficientes datos como para obtener resultados fiables estadísticamente, permitiendo a los científicos probar el papel de cientos de proteínas diferentes en un proceso biológico concreto.

Según Ellenberg, "el campo de la microscopía tiene cada vez más hacia la automatización de incluso los métodos de imagen complejos. El *software* que hemos desarrollado consigue esto para la microscopía confocal de células fijadas vivas y para los experimentos de destrucción fotoquímica de un fluoróforo, pero en el futuro se podrán automatizar modalidades de imagen aún más complejas como la espectroscopía de correlación fluorescente y la ablación láser guiada por la imagen. En esencia, cualquier cosa que el humano pudiera hacer con el microscopio lo podría hacer *Micropilot*".

El *software*, que está disponible en código abierto, será una herramienta clave para los proyectos europeos de sistemas biológicos *Mitosys* y *SystemsMicroscopy*, para los que tanto Jan Ellenberg como su compañero Rainer Pepperkok están trabajando.

Acceda al vídeo sobre cómo funciona el programa desarrollado por el EMBL en el web.

ANDALUCÍA CON CÉLULAS HUMANAS

Una plataforma capaz de fabricar los fármacos más fiables, seguros y eficaces

Redacción

Curaxys, empresa de base tecnológica del Parque tecnológico Tecnobahía del Puerto de Santa María (Cádiz), ha conseguido biosintetizar el primer biosimilar anticuerpo monoclonal, al igual que otras proteínas recombinantes que servirán para producir biogénicos.

En vez de bacterias, como hasta el momento se usaba en la producción de estos compuestos, utilizan células de retina humana. Manuel Esteban, director de la compañía, apunta que "la línea celular y el cultivo mediante células humanas evitará el rechazo y las alergias debido a que estamos sintetizando proteínas más parecidas a las que tiene el hombre".

Fases

El primer paso para la creación de la plataforma tecnológica de producción de medicamentos biosimilares a partir de células de retina humana es desarrollar un nuevo protocolo de cultivo celular con grandes capacidades de producción de medicamentos biológicos y equipos industriales más pequeños, que permitan una mayor eficiencia en sus procesos.

A continuación se estudia la estructura y secuenciación de los aminoácidos, sintetizando el gen responsable de la biosíntesis de esa proteína y se expresa en células humanas de retina. Finalmente es-

tas células humanas se cultivan para posteriormente extraer y purificar la proteína activa.

Eficiencia

La plataforma tecnológica de Curaxys es un sistema biotecnológico "entre 60 y 300 veces más eficiente que los procesos industriales aplicados actualmente para esos productos. Hace 20 años, por cada litro de cultivo celular se producían entre 100 y 500 miligramos y Curaxys puede fabricar hasta 30 gramos por litro".

Lo logra utilizando "líneas celulares más eficientes y mejor controladas, con equipos más pequeños, necesitando plantas industriales más pequeñas, económicas y competitivas que consumen menos nutrientes y energía". Esteban tiene la convicción de que "dentro de no mucho tiempo, unos dos o tres años, hasta el 80 ó 90 por ciento de los nuevos medicamentos aprobados en el mundo serán biológicos".

El cultivo se lleva a cabo en los laboratorios de investigación de la Cátedra Curaxys de la Universidad de Cádiz a la espera de poder contar con una nueva fábrica en septiembre de 2012 en el parque tecnológico gaditano. Se calcula que esta fábrica tenga una capacidad de producción de 200 kilos de proteínas al año, lo que supone millones de dosis.

INFECCIONES REDUCE LOS PINCHAZOS

Presentan un catéter más seguro para profesionales

Redacción

BD Medical ha anunciado el lanzamiento al mercado español de su catéter de sistema cerrado *BD Nexiva*, diseñado para reducir el riesgo de que los trabajadores sanitarios sufran lesiones por pinchazos con agujas y minimizar su exposición a la sangre.

Su diseño permite reducir los intentos de inserción gracias a un nuevo sistema de contención que minimiza la pérdida de

sangre a partir de la conexión del catéter. Asimismo utiliza tecnología de protección pasiva de la aguja que no afecta a las técnicas de inserción.

Además elimina la complejidad de las válvulas mecánicas, reduciendo los puntos donde pueden proliferar las bacterias, lo que, según estudios realizados por la compañía, permitiría reducir las infecciones sanguíneas hasta en un 70 por ciento.

EMPLEO

Hospital de Tortosa (Tarragona) ofrece contrato oftalmólogo jornada completa más guardias. Via MIR, enviar currículum a jgavalda.hivc.ics@gencat.cat o Dirección Médica. Teléfono 977-519-109.

INMOBILIARIA

Hermosilla, Bº Salamanca, venta local/oficina 300 m2, 1ª planta, diáfano, exterior, muy luminoso, aire acondicionado, calefacción central. Directamente propietario. Tfnos: 91.576.63.42 y 636.83.68.32.

Apartamento en alquiler, Castellana, exterior, amueblado, 2 habitaciones, salón-comedor, calefacción central, aire acondicionado. Particular. Tfnos: 649.59.56.90.

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

ALQUILO DESPACHOS en Clínica Médica. C/ Almagro. Excelentes dimensiones y decoración. Parking en la puerta. Teléfono 667-622-660.

CLÍNICA ROMEN CONSULTAS MÉDICAS ESPACIOSAS, ENTRADA CALLE, JUNTO A CLÍNICA LA LUZ. CONSULTAR PRECIOS Y SERVICIOS.

C/ GENERAL DÁVILA, 7. TFNO: 915531531.

PREMIOS

VII Premio de la Fundación Vital Dent a la Investigación en Odontostomatología.

El galardón se concederá a los mejores trabajos, con el objetivo de fomentar la producción investigadora que constituya un avance para la profesión. Se establecen tres categorías: Premio al mejor trabajo de Investigación Básica, dotado con 40.000 euros. Premio al mejor trabajo de Investigación Clínica, con 35.000. Premio al mejor trabajo de Revisión Bibliográfica Sistemática, con 10.000.

Serán trabajos de investigación, escritos en español o inglés, sobre odontostomatología, originales e inéditos, realizados por investigadores, universidades, estudiantes de odontología, fundaciones y sociedades científicas, corporaciones o asociaciones de empresas de iniciativa privada procedentes de España, Portugal e Italia.

Pueden haber dado lugar a artículos publicados, enviados o aceptados entre el 28 de febrero de 2009 y la fecha final de recepción de trabajos, el 28 de febrero de 2011.

Más información en la página web de la Fundación Vital Dent: www.fundacionvitaldent.org/investigacion.php

PLANNING

MARZO

- 25-26 **Endocrinología.** V Jornadas de Diabetes en Atención Primaria. Se celebran en el Hotel Abba Burgos, organizadas por Semergen y la SED. Más información e inscripciones: Tfnos. 91 353 33 70. E-mail: mariafer@imc-sa.es
- 28-29 **Oncología.** Canceromatics II: Multilevel Interpretation of Cancer Genome-CNIO Frontiers Meeting 2011. Tiene lugar en el Auditorio del CNIO (Melchor Fernández Almagro, 3) de Madrid. Más información e inscripciones: Tfnos. 917 328 000. E-mail: meetings@cnio.es. Web: www.cnio.es
- 29-1 **Psicología.** VI Congreso Internacional de Psicología y Educación y III Congreso Nacional de Psicología de la Educación. Se celebran en la Institución Ferial de Castilla y León, Centro de Congresos. Más información e inscripciones: Tfnos. 902 500 493. E-mail: info.cipe@evento.es. Web: www.psicologiaeducacionvalladolid2011.com
- 30-1 **Nutrición.** VII Congreso Internacional de Nutrición, Alimentación y Dietética y XV Jornadas Nacionales de Nutrición Práctica. Tienen lugar en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, organizados por Sedca y Sprim. Más información e inscripciones: Tfnos. 91 577 90 65. E-mail: congreso.nutricion@sprim.com. Web: www.nutricionpractica.org
- 30-1 **Genética.** XXVI Congreso Nacional de Genética Humana. Se celebra en el Auditorio y Centro de Congresos Víctor Villegas, de Murcia. Más información e inscripciones: Tfnos. 968 21 06 84. E-mail: secretariatecnica@cedes.es. Web: www.cedes.es/geneticahumana2011/

- 31-2 **Medicina de Familia.** XIX Jornadas de Primavera de la Semfyc. Se celebran en Toledo. Más información e inscripciones: Tfnos. 93 317 03 33. E-mail: semfyc@semfyc.es. Página web: www.semfyc.es
- 31-3 **Ecografía.** II Curso Intensivo en Ecografía Pediátrica Abdominal de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Se celebra en el Hotel Durán, de Figueras. Más información e inscripciones: Tfnos. 97 226 00 36. E-mail: yolanda@ondinat.net. Página web: www.gastroinf.com/Curso2EcoPed2011.htm

ABRIL

- 1-2 **Psiquiatría.** Encuentros en Psiquiatría: Conducta Suicida. Se celebran en el Hotel Meliá Lebreros (Luis Morales, 2) de Sevilla, organizado por la Sociedad Andaluza de Psiquiatría y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla. Más información e inscripciones: Web: www.encuentrosenpsiquiatria.com
- 1-2 **Obstetricia y Ginecología.** LXVI Congreso de la Sociedad Gallega de Obstetricia y Ginecología. Tiene lugar en el Hotel de Laías, Orense. Más información e inscripciones: Tfnos. 981 216 416. E-mail: secretaria@congrega.es. Web: www.sgox.org
- 4-8 **ORL.** XXIV Curso de Disección Anatómica y Técnicas Quirúrgicas de Cuello y Glándulas Salivares. Organizado por la Cátedra de Otorrinolaringología y el Departamento de Anatomía II del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid. Más información e inscripciones: Tfnos. 91 330 35 51. E-mail: jpocho.hcsc@salud.madrid.org

Las instituciones que deseen que sus convocatorias aparezcan en este PLANNING pueden comunicarlo a la dirección de DIARIO MEDICO (Avenida de San Luis, 25. 28033 MADRID) o al fax 91 443 63 40. Convocatorias nacionales e internacionales por especialidades en DM Internet: <http://diariomedico.com/agenda>



Unidad Editorial
15 años
Conferencias
Formación

Colabora:

DIARIO MEDICO



ISDE
Instituto Superior de
Derecho y Ciencias

Programa Executive:

Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario

...porque el paciente es lo más importante

INICIO: 29 abril 2011
DURACIÓN: 9 meses



Modularidad
on line

masters@isdemasters.com
Tel. 91 126 51 80

V.S.D.

SUGERENCIAS PARA EL FIN DE SEMANA

CINE 17

ESCAPADA 18

COMER 18

HISTORIA 19

MOTOR 19

ARTE 20

Helen Mirren y John Malkovich encarnan a dos viejos agentes secretos que vuelven a la acción en *RED*.

CINE EL ESTRENO

iAncianos al poder!

➔ Cuidado, jóvenes ambiciosos. Hay ancianos que no están demasiado dispuestos a dejarles vía libre sin reivindicar que la experiencia es un grado. Es lo que parece mostrar *RED*, una comedia de acción con viejos espías amenazados dispuestos a no llevarse sus secretos a la tumba sin dar batalla.

RED

EEUU, 2010 | DIRECCIÓN: ROBERT SCHWENTKE | GUIÓN: JOHN HOEBER Y ERICH HOEBER | FOTOGRAFÍA: FLORIAN BALLHAUS | MÚSICA: CHRISTOPHE BECK | INTERPRETES: BRUCE WILLIS, MARY-LOUISE PARKER, JOHN MALKOVICH, HELEN MIRREN, MORGAN FREEMAN.

F. J. F.

En el año 2000, un Clint Eastwood con ánimo más gamberro que cínico dirigió *Space cowboys*, una historia de astronautas que incluía una saludable vindicación del valor de la experiencia que puede suponer la vejez.

Tras las gruesas gafas que tenía que calzarse Donald Sutherland para ayudar a su envejecida vista había cerebro, experiencia y agallas suficientes para algo más que esperar el último viaje apurando un vaso de té helado en la terraza de una residencia de Florida.

Con la historia de un grupo de ancianos pioneros de la carrera espacial a los que la NASA tenía que recurrir para resolver un problema con una vieja sonda espacial, Eastwood se divertía bajando un poco los humos a los jóvenes aunque sobradamente preparados dispuestos a comerse el mundo y a los ejecutivos de recursos humanos prestos a dar la pa-

tada a todo aquél que pase de los 50.

Por el fondo socarrón (aunque no exento de apuntes dramáticos) de aquella película corría el fenómeno patológico de la jubilación anticipada y los ejecutivos de pantalones cortos (o caídos a media nalga). Eastwood, que por aquellas fechas contaba ya 70 primaveras, venía a decir que ni todos los jóvenes han de esperar para asumir responsabilidades ni a todos los viejos hay que ponerles a ver fútbol por la tele y a jugar con los juegos de memoria para retrasar la demencia.

Jubilados con pistola

Por ahí parecen ir los tiros de *RED*, comedia de acción basada en una breve novela gráfica de Warren Ellis y Cully Hammer que cuenta la historia de un agente secreto retirado encarnado por Bruce Willis cuya vida ve amenazada un buen día sin saber por qué. Para averiguarlo reúne a su viejo equipo de acción: John Malkovich (que ponía a prueba los reflejos del viejo agente Eastwood en *En la línea de fuego*), Morgan Freeman (que ya volvía a las armas después del retiro en *Sin perdón*) y la todoterreno Helen Mirren (que lo mismo da vida de modo soberbio a la reina Isabel en *The queen*

que se convierte en una experta liquidadora en esta nueva película).

En un mundo de jóvenes agentes, con nuevas tecnologías que han revolucionado el oficio del espionaje, estas viejas glorias tendrán que disputar un último partido fuera del circuito de veteranos. Y es un partido a vida o muerte, puesto que hay muchos interesados en que los secretos que conocen sean enterrados para siempre.

El cineasta alemán Robert Schwentke pone los apuntes para el desconcierto. Primero, porque su juventud (apenas 42 años) contrasta con la veteranía de los actores y personajes a su cargo. Y, segundo, porque su especialización desde que emigró a Estados Unidos han sido las intrigas, como *Plan de vuelo: desaparecida*, y los dramas, como *Más allá del tiempo*. Sin embargo, ya había pisado el terreno complicado de la comedia negra, que es el que parece corresponder a *RED*, en su país natal con *Las joyas de la familia*.

La guinda a la vindicación de la veteranía la pone la breve aparición de una vieja gloria de las de verdad, Ernest Borgnine (Arizona, prisión federal; *La aventura del Poseidón*), quien a sus 93 años aún está dispuesto a ponerse delante de las cámaras. ¡Ancianos al poder!

OTRAS NOVEDADES



¿Cómo sabes si...?

El veterano James L. Brooks, director de largometrajes como *La fuerza del cariño* y *Mejor... imposible* y productor en la televisión de series como *Lou Grant* y *Los Simpson*, vuelve a la carga con una comedia romántica sobre eso tan viejo, conflictivo y emocionante como es el amor. En el reparto, de nuevo Jack Nicholson, presente en las mejores películas de Brooks.



Mil cretinos

El cineasta catalán Ventura Pons, como ya hiciera en *El porqué de las cosas*, vuelve a apoyarse en relatos de Quim Monzó para su nueva película, compuesta por quince breves historias sobre la fina línea que separa la virtud de la miseria en el ser humano.

CINE CRÍTICA

¿PARA QUÉ SIRVE UN FRAILE?

Francisco J. Fernández

De dioses y hombres se basa en la historia real de los frailes franceses de un pequeño monasterio en Argelia que en 1996 fueron secuestrados y asesinados por terroristas islámicos.

Los religiosos fueron conscientes del peligro que acechaba, pero decidieron que su lugar estaba allí, junto al deprimido pueblo al que atendían. Con su historia, la película penetra en el corazón de la fe cristiana y en algunas de sus claves y misterios. ¿Por qué aquellos hombres no se fueron ante la inminencia del peligro?

Porque no eran dioses, sino hombres. El filme ahonda y muestra sus miedos, sus dudas... Su humanidad. Con ella representa el filme la dificultad que constituye seguir a Cristo. "A menudo me pregunto por qué Dios permanece tanto tiempo en silencio, por qué la fe resulta tan amarga", lee uno de los monjes.

No es una apología del martirologio, pero, a través de las historias y reflexiones de los monjes, muestra cómo nada tiene que ver con la resignación o con un suicidio indirecto, sino, al contrario, se relaciona con la alegría íntima y grandiosa de seguir el camino de Jesucristo pese a la dificultad que supone la tarea. "Recuerda que el amor es pura esperanza -exhorta Christian, el superior, a un compañero, citando a San Pablo-. El amor soporta todo".

No hay grandes alharacas formales, ni concesiones sentimentales, ni sentencias grandilocuentes ni manifestaciones políticas (apenas la crítica de un funcionario local contra la colonización francesa, un "saqueo institucionalizado" al que culpa en parte del retraso de su país).

El filme de Xavier Beauvois (*Según Matthieu*) es casi minimalista. Sorprende la fuerza de su relato y el equilibrio que logra en el ritmo, que conjuga la necesidad de recoger el tipo de vida sencillo y lento del monasterio con la cadencia mínima que exige un relato cinematográfico. En los gestos, las miradas, los pocos diálogos, las reflexiones, las oraciones, la interacción con las personas del pueblo va el director proponiendo ideas que será el espectador quien deberá descifrar o completar.

Clave es la visión del papel del religioso en la comunidad, mucho más allá del dispensario que atiende el anciano hermano médico, Luc -un impresionante Michel Lonsdale (*Chacal, Ronin*)-. El religioso, al que Beauvois representa amenazado en una escena escalofriante (con un helicóptero del ejército que se antoja un monstruo volador en su merodeo aéreo sobre el monasterio), es mucho más: una referencia, anuncio de la esperanza del Señor y candelil que ilumina el camino para seguirle.

La película está llena de ráfagas clarificadoras, con las que Beauvois habla de la condición humana, del horror al que pueden conducir sus errores y también de la salida única de la recuperación de la fraternidad a través de la luz y el perdón de Dios, como reclama al final Christian. Es así como el espectador, casi sin saber cómo, entiende el porqué. Por qué decidieron quedarse, en la seguridad que les daba su apuesta, su entrega a Cristo, y en los temores y dudas propios de su humanidad.

El tiempo dirá si es una obra de arte. Pero hoy, *De dioses y hombres* es una película luminosa y profundamente conmovedora, que inspirará a muchos y, al menos, explicará muchas cosas a otros.

DE DIOS Y HOMBRES

TÍTULO ORIGINAL: DES HOMMES ET DE DIEUX, FRANCIA, 2010 | DIRECCIÓN: XAVIER BEAUVOIS | FOTOGRAFÍA: CAROLINE CHAMPETIER | GUIÓN: XAVIER BEAUVOIS Y ETIENNE COMAR | INTERPRETES: LAMBERT WILSON, MICHAEL LONSDALE, OLIVIER RABOURDIN |



De forma delicada, conmovedora y muy lúcida, el filme penetra en el corazón de la fe cristiana y en algunas de sus claves

ESCAPADA VALLADOLID



Las nuevas instalaciones de las Bodegas Protos, a los pies del Castillo de Peñafiel, en detalle a la izquierda.

Enoturismo en Peñafiel

➔ La inauguración de las vanguardistas Bodegas Protos es el nuevo reclamo de esta comarca vallisoletana donde la cultura del vino convive con un rico patrimonio histórico. Además de visitar las numerosas bodegas, se puede pasear por su casco antiguo para conocer su rico patrimonio cultural.

Mar Junco

Situada en una encrucijada de caminos, Peñafiel fue un enclave estratégico para todas las culturas que por allí pasaron, desde los vacceos -celtas peninsulares- en el siglo IV a.C. hasta los musulmanes durante la Edad Media. Es de sobra conocido que el patrimonio histórico que atesora la pequeña comarca vallisoletana es amplio y valiosísimo, pero si por algo son famosas estas fértiles tierras castellano-leonesas es por ser cuna del vino de la Ribera del Duero, una cultura que los peñafilenses atesoran desde tiempo inmemorial. Por aquí todo el mundo sabe de viñas, viñedos, bodegas y procesos de elaboración del vino, no en vano la economía de la comarca está sustentada por la industria vitivinícola.

Ahora, un nuevo atractivo turístico ha nacido en Campo de Peñafiel y en poco tiempo se ha revelado como uno de los emblemas locales: se trata de las nuevas instalaciones de las Bodegas Protos, una verdadera obra de arte firmada por el célebre urbanista inglés Richard Rogers, autor de proyectos como el Centro Georges Pompidou de París o la Terminal 4 del aeropuerto de Barajas.



Portada del Convento de las Claras, fundado en 1607.

A los pies del Castillo de Peñafiel, las nuevas bodegas fueron inauguradas oficialmente el pasado diciembre, aunque empezaron a funcionar a finales de verano. El perfecto maridaje entre hormigón pulido, cristal y madera es el verdadero protagonista de un diseño arquitectónico que no sólo facilita las labores propias de una bodega sino que convierte las estancias en verdaderas obras maestras, como sucede con el dormitorio de barricas que aloja alrededor de 10.000 toneles, donde el lujo es el espacio en una austeridad que huye de adornos y artificios.

Los resultados no se han hecho esperar. Protos ha cerrado 2010 con más de 20.000 visitas, una cifra récord. La oferta de enoturismo que propone esta bodega centenaria consiste en un recorrido guiado donde se ven la antigua bodega de crianza, que discurre a lo largo de 2 km de galerías subterráneas, y las nuevas instalaciones diseñadas por Rogers, para finalizar con una degustación de los mejores vinos de Protos.

Pero Protos no es más que una estrella en el universo enológico que ofrece Peñafiel. La Ribera del Duero está bendecida por una combi-

nación única de tierra, microclima y una uva autóctona (tinta fina) que produce unos de los vinos con mayor protección internacional, aunque el auge del sector vinícola de Peñafiel y alrededores se ha forjado con el paso de los siglos. Los investigadores que trabajan en el yacimiento arqueológico de Pintia han sacado a la luz importantes evidencias relacionadas con el consumo del vino entre el pueblo vacceo, que se remonta a hace más de 1.300 años.

Para visitar

El Ayuntamiento de Peñafiel ha creado el *Bono Enoturístico* (5 euros por talón/visita), que ofrece la posibilidad de acercarse a la historia de la comarca y al mundo del vino en todas sus facetas. Con él se pueden conocer bodegas y recorrer los monumentos más representativos de estas tierras, como el Castillo, el Museo Provincial del Vino, el casco antiguo de Peñafiel, con su Plaza del Coso, la Iglesia-Convento de San Pablo, el Museo Comarcal de Arte Sacro o el Aula de Arqueología de Pintia.

Esta escapada no puede dejar de incluir una visita a las espectaculares enotecas con las que cuenta este pintoresco pueblo, donde se asesora al cliente sobre la mejor elección para comprar vino. Anágora es una de las más céntricas y ofrece una enorme variedad de accesorios para el vino y la bodega, así como *souvenirs* y regalos. El Palacio del Vino y Vinos Ojosnegros, con más de 50 años, son otras muy buenas alternativas.

MÁS INFORMACIÓN EN LA LUNA DE METRÓPOLI / EL MUNDO

COMER

ALFREDO, AÚN MÁS GRANDE

FERNANDO POINT

Torcimos el gesto el verano pasado cuando vimos el local de *Da Alfredo* cerrado, con la enseña quitada y en

GASTROTECA DI ALFREDO
RÍOS ROSAS, 39 MADRID |
91 441 22 96 | DE 30 A 45
EUROS

obras. El que había sido el más interesante y personal de los restaurantes italianos abiertos en los últimos años en esa *Little Italy* madrileña que está creciendo a la vera del Consulado General de Italia y del Liceo Italiano echaba el candado. Inexplicable, nos decíamos... Pero al cabo de algún tiempo nos fijamos en que, justo en la acera de enfrente, en Ríos Rosas, un localito más pequeño y humilde (y, probablemente, barato) también estaba en obras, y la llegada del toldo nos anunció que, si había muerto *Da Alfredo*, vivía *La Gasteroteca di Alfredo*. Y, sobre todo, vivía con el mismo menudo, calvo, sonriente Alfredo, con su pendiente con brillante y tan siciliano él. El menos mediático, el menos mencionado de los excelentes cocineros italianos que, por fortuna, tenemos hoy en Madrid.

Así que mientras en su antiguo local se instalaba otro restaurante italiano de mucho ringorrango, Alfredo se reconvertía a una genuina *trattoria*, con pequeña cocina metida dentro del propio comedor, con una oferta más modesta -adaptada a los tiempos- pero, en realidad, exactamente igual de buena que antaño.

Eso sí, en la carta ya no aparecen aquellos fastuosos *carpacci* de antaño, ni carnes ni pescados. Solamente finas pizzas -la gran novedad-, entrantes, ensaladas y postres. Lo que sucede es que, como ya se barruntan los clientes veteranos, buena parte de la oferta se dice solamente de viva voz y cambia cada día. Una pizarra colocada en la calle, al más puro estilo *trattoria*, nos puede servir de guía. Y ahí sí que encontrarán, sobre todo, unas pastas, rellenas o no, de gran enjundia que sirven perfectamente de platos principales.

El uso de hierbas frescas, la realización de cada plato en el momento de pedirlo y la excelente calidad de los ingredientes son las características que hacen destacar tanto, dentro de su sencillez, la cocina de Alfredo.

El otro día daba gusto probar unas alcachofas naturales a la siciliana (a la sartén con cebolla, ajo, orégano y perejil), una mozzarella de búfala con *bresaola* (la cecina italiana) y aceite de oliva siciliano, unos formidables ñoquis rellenos de carne y queso en salsa de tomate, una pasta artesana (*paccheri*) con la gran versión del ragù boloñés (la carne cortada en pedazos, no picada) que ya le conocíamos a Alfredo o unas *orecchiette* (orejitas) con raya, brécol y un toque picante de guindilla. De postre, el mejor *cannolo* (el crujiente canutillo siciliano) de Madrid.

No vayan en busca de gran variedad de vinos italianos: aquí todo se ha simplificado y solamente se ofrecen los vinos de una bodega siciliana, Maria Gambino, que tiene sus viñas en las faldas del Etna. El Tifeo 2008, un tinto hecho con las castas *nerello cappuccio* y *nerello mascalese*, proporciona todas las dosis de autenticidad meridional que se puedan desear.

Hay también, eso sí, algunas *grappas* importantes. En la entrada nos topamos con una minitienda donde se pueden adquirir algunas delicadezas italianas y recoger las pizzas, que hacen también para llevar.

MÁS INFORMACIÓN EN LA LUNA DE METRÓPOLI / EL MUNDO



El siciliano Alfredo Gelso en su nuevo local.

QUÉ VER

Castillo de Peñafiel

Edificado entre los siglos IX y X, es una de las fortificaciones más bellas del medievo. Desde sus torres se divisan los valles de los ríos Duero, Duratón y Botijas.

Plaza del Coso

Es una de las plazas de

toros medievales más antiguas de España (1433) y una de las visitas más destacadas del casco viejo de Peñafiel.

Poblado Vacceo

El Yacimiento Arqueológico de Pintia, declarado Bien de Interés Cultural, está constituido por la necrópolis de Las

Ruedas, el poblado prerromano de Quintanas y los alfares de Carralaceña.

Convento de Las Claras

Fundado en 1607, presenta una planta central octogonal con cúpula elíptica. En el interior, numerosos retablos decoran el altar mayor y las paredes perimetrales.

HISTORIA ARQUEOLOGÍA

El teatro más antiguo de Hispania

➔ En 1980 la arqueología gaditana alumbró, incrustado entre edificios, el escenario romano de Gades, con un aforo equivalente a la quinta parte

de su población: 10.000 espectadores llenaban sus gradas mientras que 50.000 habitaban Gades. Ahora ultima su reapertura para 2012.

■ Daniel Casado

A los 30 años de su descubrimiento, el teatro de Gades sobrevive al olvido a golpe de renovaciones urbanísticas, sondeos, perforaciones, desescombros, restauraciones y soluciones arquitectónicas. Con un presupuesto de medio millón de euros, la Junta de Andalucía quiere dinamizar el "barrio más antiguo de Occidente", resucitando el teatro gaditano e incorporándolo al paisaje urbano que gobierna la vecina catedral, para que en el año 2012 cuente con su propio centro de interpretación. Siempre con la mirada puesta en el Bicentenario de la Constitución de Cádiz de 1812, que actuará de reclamo y escaparate.

Una plaga de intrusos

Desde su abandono en el siglo IV el teatro lleva tiempo expuesto a mutilaciones, convertido en cantera de piedra del barrio o *cabalgado* por construcciones que se han acoplado a él en una su generante amalgama de edificios con solera, viviendas rasas y tramos de muralla medieval. Sobre el lecho arquitectónico del teatro descansan ahora la guardería municipal -donde hasta el siglo



Restauración del graderío, con el que se funden los edificios circundantes.

pasado estaba la alcazaba, la Posada del Mesón, la Casa de Estupinán, la Casa de la Contaduría Eclesiástica... Casi nada. De ahí la dificultad de recuperar íntegramente el preciado recinto latino. La labor de desencajar o apartar edificios intrusos recae sobre el arquitecto Emilio Yanes, que deberá romperse los codos para sacar adelante este ambicioso proyecto. Algunas viviendas están fundidas al teatro y si no se recurre a la expropiación,

hoy por hoy improbable, habrá que desafiar las leyes físicas con audacia, soluciones alternativas y procedimientos de equilibrista. Mientras tanto, los arqueólogos socavan las inmediaciones al tiempo que desvelan aquellas zonas del teatro desconocidas, como el escenario, el foso y la orquesta.

Hoy, del teatro romano perdura un buen número de gradas de la media cavea y se han documentado tramos de las gradas inferiores. Por to-

das partes aparecen sillares de aristas derretidas como testimonio del que fue el segundo teatro más grande de Hispania, por detrás del de Córdoba. Una vez cubierta la fase de salvamento del edificio, no se descarta que el teatro gaditano siga los pasos de su homónimo emérito, que alberga desde 1933 el prestigioso Festival de Teatro Clásico.

Al recuento de inventario arqueológico hay que sumar el hallazgo de una inscripción



Un mosaico romano que recoge dos máscaras teatrales.

ción latina fechada en el siglo I a.C. Ocurrió en las entrañas del teatro a principios de 2009 y desde entonces el grafiti -en el que los más optimistas aseguran leer *Latro Balbe* o *¡Balbo, ladrón!*- se ha convertido en foro de discusión para latinistas. De ser correcta la lectura, que cada vez cuenta con más escépticos, haría referencia a un miembro de la estirpe más famosa de Gades, los Balbo, maldito por algún artesano resentido que colocó el mensaje en una cara oculta de la placa para no ser descubierta.

Y es que nadie es profeta en su tierra. Ni siquiera Lucio Cornelio Balbo, el promotor de un teatro en el que tenía cabida la quinta parte de la ciudad: un aforo de 10.000 para una población de 50.000 habitantes. En su construcción, completada a mediados del siglo I a.C., se empleó hormigón romano, mortero de cal con piedras y un revestimiento de cal que todavía puede apreciarse en los mazacotes desprendidos

por los alledaños subterráneos del teatro.

De la importancia del teatro en el urbanismo gaditano dan fe los ilustres escritores Estrabón y Cicerón, que dejaron escrita valiosa información sobre el monumento: se celebraron aquí las elecciones previstas para dos años, se premió a un actor con el distinguido anillo de los caballeros o que a Balbo el Menor no le tembló la mano cuando ordenó ejecutar a un actor por feo.

El caso del teatro gaditano no es nuevo; el pasado romano tiene una sombra muy alargada: Mérida, Tarragona, Zaragoza, Córdoba, Toledo... Casco histórico, calles estrechas, catedrales añejas, tramos de muralla. Son las semillas de nuestras urbes. Una parte de nuestra historia se compacta entre las paredes de estas yemas urbanas y la otra reposa bajo su suelo.

MÁS INFORMACIÓN EN LA
AVENTURA DE LA HISTORIA

MOTOR HONDA 'ACCORD' 2.2 I-DTEC 180 CV

El Honda 'Accord' crece en potencia

➔ Ya conocíamos la versión de 150 CV, pero ahora Honda saca un *Accord* diésel de 180 CV para aquellos que busquen sensaciones todavía más deportivas sin pagar por ello el *peaje* de un consumo elevado.

■ Carlos Espinosa Martínez

Honda buscó dar un tinte más deportivo a la última generación de su berlina *Accord* y esta sensación se ha reforzado con la reciente llegada de su versión diésel 2.2 i-DTEC de 180 CV.

El protagonista de esta nueva versión es el motor que ya conocíamos en versión de 150 CV, aunque con mucha más fuerza, un par motor superior (380 Nm) que le otorga una gran energía en adelantamientos y unas prestaciones de las más interesantes entre modelos de su segmento con motor diésel: 220 km/h por hora de velocidad punta y 8,9 segundos en el paso de 0 a 100, todo ello con un gasto sólo 0,2 l/100 km superior al de la versión de 150 CV (5,8 litros ahora).

Características

■ MOTOR 2.2 i-DTEC
■ Cilindrada: 2.199 c.c.
■ POTENCIA: 180 CV a 4.000 rpm.
■ PRESTACIONES
Velocidad máxima:

220 km/h.
■ 0 a 100 km/h: 8,8 segundos.
■ CONSUMO medio: 5,8 l/100 km.
■ EMISIONES 154 gr/km.
■ PRECIO: 34.000 euros.

El enfoque deportivo también se nota en un cambio de seis velocidades que se acciona con rapidez y en un comportamiento buenísimo para un coche que supera

los 4,7 metros de largo y los 1.600 kilos de peso. De hecho, sólo una cosa no está a la altura de la deportividad general y es una respuesta del motor un poco perezosa cuando circulamos por debajo de 2.000 rpm, algo que sorprende porque no le sucede casi a ningún modelo actual movido por gasóleo.



El diseño del salpicadero es un guiño a la deportividad que se busca con todo el coche. El acabado es notable.

El resto del modelo no presenta novedades respecto a la versión de 150 CV. Es decir, que resulta muy amplio en las plazas traseras, tiene materiales de calidad

notable, está muy bien acabado, resulta atractivo tanto por dentro como por fuera y tiene un maletero de generoso tamaño (460 litros).

Respecto a las versiones,

se puede escoger entre el acabado *Type S* y el *Luxury*. El primero tiene un enfoque más juvenil y equipa luces de xenón, encendido automático de luces y limpiaparabrisas, climatizador dual y un kit aerodinámico, entre otros elementos; mientras que el *Luxury* añade de serie elementos como la tapicería de piel y el techo solar. Éste último sale por 37.800 euros, pero el *Type S* está disponible por 34.000 euros.

V. S. D.

SUGERENCIAS PARA EL FIN DE SEMANA

ARTE LITERATURA

El vértice barroco español

➔ El libro *Pintura barroca en España*, del recientemente fallecido Alfonso Emilio Pérez Sánchez, que fue director del Museo del Prado y miembro de la Real Academia de la Historia y de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, vuelve a ver la luz tras 18 años de su primera publicación.

■ José Riello

La aparición de una nueva y remozada edición del libro *Pintura barroca en España, 1600-1750*, escrito por el recientemente fallecido historiador Alfonso Emilio Pérez Sánchez, fue uno de los acontecimientos editoriales más destacados del pasado año 2010. Desde que se publicara en 1992, cuando Pérez Sánchez volvió a la universidad tras dedicar 8 años de su carrera a la dirección del Museo del Prado, se han sucedido hasta 6 ediciones del libro, motivo que sería suficiente para considerarlo un clásico de la bibliografía española si no fuera, además, porque su autor llevó a cabo entonces una brillante síntesis de un asunto tan complejo como la pintura barroca del Siglo de Oro que sólo él, por conocimientos y por ambición, podía encarar entonces.

Con respecto a otras monografías anteriores que, exceptuando acaso la que publicara Jonathan Brown en 1980 con el título *La Edad de Oro de la pintura española*, estuvieron más atentas a levantar el inventario necesario de todo lo conocido hasta el momento, tal vez la principal virtud del libro de Pérez Sánchez es que consiguiera luchar con acierto contra los lugares comunes que habían proliferado desde finales del siglo XIX inci-



Figuras en un zaguán

1655-60. Para Pérez Sánchez: "Murillo es, sin duda, el más moderno de los pintores de su siglo, aparte de Velázquez". Probablemente esa modernidad no sólo estriba en su manera de pintar, sino también en las escenas de género que tanto asombraron en su momento y que son aquellas con las que más identificamos hoy su pintura.

La fragua de Vulcano

1631. A lo largo de su carrera, Velázquez viajó dos veces a Italia. Durante la estancia que tuvo lugar entre 1629 y 1631 completó su formación al amparo del arte antiguo y de la renovación artística del momento. *La fragua de Vulcano* es, en palabras de Pérez Sánchez, "fruto de esta nueva experiencia".



diendo en el carácter realista o directamente trágico y brutal de la pintura española del período. Para ello, Pérez Sánchez elaboró un recorrido minucioso por el panorama artístico español de

la época, haciendo hincapié en los contactos que la pintura barroca española tuvo con las corrientes artísticas europeas inmediatamente anteriores o coetáneas y estableciendo un paralelismo que él podía hacer gracias al conocimiento enciclopédico que había atesorado desde los días lejanos de su tesis doctoral, dedicada a la pintura italiana del siglo XVII presente en las colecciones españolas.

Futuros estudiantes

Sin lugar a dudas, la nueva edición prolongará la vida editorial del clásico de Pérez Sánchez y seguirá poniendo a disposición de los futuros estudiantes e investigadores las herramientas indispensables para enfrentarse con seguridad a los nuevos problemas que plantea la pintura barroca española. Por ejem-

plo, en los últimos tiempos se ha demostrado la relevancia que la pintura de tema mitológico tuvo en España durante el siglo XVII. Su importancia fue más allá de servir como género pictórico predilecto para que los artistas mostraran su destreza a la hora de pintar un desnudo o para demostrar que la misma era un arte noble que abordaba los mismos temas que la poesía, y el pintor por tanto era un profesional que estaba a la altura de otros intelectuales. En efecto, la pintura mitológica podía ser vehículo de expresión de preocupaciones meramente artísticas: *Las hilanderas*, desde este punto de vista, sería la demostración pictórica de la destacada conciencia histórica de su autor. Además, el género del retrato tuvo en España una vigencia práctica y teórica



que no tuvo en otros países de Europa, quizá por ser el género por antonomasia del pintor de corte español, quien no sólo pintaba al monarca y a los miembros de su familia, sino a todo el *entourage* de la Corte, incluidos enanos, bufones y otras *sabandijas de palacio*.

Bodegones

Se ha demostrado también la eminencia de los pintores españoles en el desarrollo del género del bodegón, que practicaron con anticipación o a la par que otros pintores europeos. En tiempos recientes se ha evidenciado una vez más la riqueza de la pintura religiosa, sin lugar a dudas el género más cultivado por los artistas españoles, y han proliferado los debates que en torno a la imagen religiosa se desarrollaron en la España del Siglo de Oro y que colocan a la teoría del arte en España a la misma altura que la del resto de Europa.

Esta recuperación editorial también debería servir de acicate para afrontar una espinosa cuestión: pasados 20 años, aún no contamos con un futuro proyecto o

San Francisco en éxtasis

1640. Escribió Pérez Sánchez que "quizá sea Zurbarán el pintor que mejor encarna la personalidad española en el Siglo de Oro, con su amor a lo inmediato, su serena confianza en lo trascendente y sus innegables limitaciones", características que evidencian las distintas versiones que hizo de *San Francisco en éxtasis*.

una nueva publicación que, con la misma ambición que impelió a Pérez Sánchez a escribir la suya pero renovándola metodológicamente (razón necesaria y perentoria a estas alturas), tomara en consideración y discutiera en profundidad los avances historiográficos que se han logrado durante las últimas décadas para alentar, reanimar y fortalecer el debate sobre ese asunto crucial que es la pintura barroca en España.

MÁS INFORMACIÓN EN LA REVISTA **DESCUBRIR EL ARTE**

Eugenia Martínez Vallejo, 'La Monstrua'

1680. Para Pérez Sánchez, la vida de palacio permitió a Carreño de Miranda abordar retratos menos apegados a la tradición hispánica del retrato de corte y mostrar "su capacidad para interpretar las personalidades más dispares". Los de Eugenia Martínez representan con franqueza a uno de esos abundantes "desvíos de la naturaleza".

