



Clase magistral sobre genómica a alumnos de Medicina

8 claves
que marcarán
la estrategia de la OMC.

**Entregadas la becas
Senior y Dr. Ignacio Landecho.**

**Renovación de la
Junta Directiva.**

Recursos
en la
práctica médica
2.0



Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME
ATREVO A TODO...



Reservas: 948 226 364
www.restauranteelcolegio.es
 [restauranteelcolegio](https://www.facebook.com/restauranteelcolegio)

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
Enero 2017 - Nº 116

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Enrique Martínez,
Alberto Lafuente, Tomás Rubio y
Julio Duarte.

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, Joaquín Barba,
Carlos Larrañaga, Sara Pérez,
Rebeca Hidalgo, Óscar Lecea,
Tomás Rubio y M^a Victoria Güeto.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

Publicidad:

Nelson. Estrategia & Publicidad
Tel: 948 32 19 09

Fotografía:

Redacción, Iñaki Porto.

Edición:

Gráficas Castuera.

Redacción y Administración:

Avda. Baja Navarra, 47. Pamplona
Tel.: 948 22 60 93
Fax: 948 22 65 28
Correo-e: trini@medena.es

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988

La Revista "PANACEA" no comparte
necesariamente los criterios de sus co-
laboradores en los trabajos publicados
en estas páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos

- 10 **Ignacio Gil Bazo,**
12 **Adriana Nohemí García y**
Ester Moreno ganan las
Becas Senior y Dr.
Ignacio Landecho.



- 18 **El burnout afecta al**
50% de los médicos de
urgencias.



- 26 **Cáncer de mama en**
la mujer joven: ¿una
enfermedad huérfana?
Por el Dr. Manuel
García Manero.



- 34 **Cirugía de base craneal,**
mediante abordaje
endoscópico, en
Pittsburgh (USA). Por la
Dra. Idoia Zazpe.



...y además

- 4 Acuerdos comerciales
- 5 Editorial
- 6 Renovación Junta Directiva
- 14 Recepción a estudiantes
- 18 Fiesta Médicos Jubilados
- 20 Congresos Colegio de Médicos
- 22 V Convención de la Profesión Médica
- 27 Formación
- 34 Divulgación científica
- 40 Sociedades científicas
- 48 Testimonio Beca Senior
- 51 Restaurante El Colegio
- 52 Clen College
- 54 Punto de vista
- 56 Asesoría Jurídica
- 58 Biografías médicas
- 62 Viajes
- 64 Anecdótico
- 66 Firma invitada



EL COLEGIO DE MÉDICOS
DE NAVARRA EN TWITTER

Síguenos en
@MedenaColegio
para estar informado de la
actualidad colegial y profesional.

ACUERDOS COMERCIALES

El Colegio de Médicos ha llegado a acuerdos comerciales con diversas entidades para el suministro de productos y artículos, en óptimas condiciones de servicio, calidad y precio a los médicos navarros.

Los acuerdos firmados con estas entidades contienen:

- Condiciones o descuentos aplicados sobre todos sus artículos.
- Ofertas especiales sobre algunos de ellos.
- Condiciones preferenciales equivalentes a su mejor oferta.

Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

Prosin Informática

Ana de Velasco, 2 (junto al Reyno de Navarra) PAMPLONA
Tfno 948 22 16 78
Avda. del Ejército, 30. PAMPLONA
Tfno 948 22 16 78
www.prosin.es

AMA

Avenida Baja Navarra, 47. PAMPLONA. Tfno 948 27 50 50

Gazpi, s.a.

Parque Empresarial La Estrella, C/Berroa, 1 TAJONAR-PAMPLONA
Tfno 948 85 20 00

Rigel - Diseño de interiores

Esquíroz, 22 bajo. PAMPLONA.
Tfno 948 17 34 51

Servicons, Reformas & Interiorismo

Avda. del Ejército, 32. PAMPLONA
Tfno 948 21 32 68

Salinas. Selección y Diseño s.l.

PAMPLONA: Avda. Zaragoza, 55. Milagrosa. Tfno 948 23 65 83
Navarro Villoslada, 10. Plza de la Cruz. Tfno 948 23 56 45
Plaza de Obispo Irurita, s/n. San Juan. Tfno 948 26 67 07
VITORIA -GASTEIZ: Moda Baño Decoración. Ortiz de Zárate, 7. Tfno 945 23 28 56

Previsión Sanitaria Nacional

Avda. Baja Navarra, 47. PAMPLONA.
Tfno 948 21 11 53

Ford Pamplona Car

Parque Comercial Galaria-La Morea. CORDOVILLA-PAMPLONA
Tfno 948 290 260.
www.pamplonacar.com

Óptica Unyvisión

Trav. Acella, 3. Frente Clínica Universitaria. PAMPLONA
Tfno 948 178 188

Visión Natural

Tajonar, 2. PAMPLONA.
Tfno 948 153 862
Ermitagaña, 25. PAMPLONA.
Tfno 948 272 712
Plaza Sanducelay. PAMPLONA.
Tfno 948 171 282

Gorricho Sistemas de Descanso

Sancho el Fuerte, 32. PAMPLONA.
Tfno 948 17 10 24
Yanguas y Miranda, 19. PAMPLONA.
Tfno 948 24 79 63
Avda. Villava, 2. ANSOAIN.
Tfno 948 12 46 63 Pol. Ind. Mutilva C/A, 17. MUTILVA BAJA.
Tfno 948 29 09 52
www.gorricho.com

Muebles
SASKIA
UN MUNDO DE IDEAS

Tel: 948 120 020. Calle M, num 40. Mutilva.
www.mueblesaskia.com



Asesoría Fernández
Jarne y Lerga Asociados, S.L.
C/ Las Provincias, 5 bajo
31014 · Pamplona
(NAVARRA)
www.flasociados.com
Tfno 948 20 71 11
Fax 948 20 67 59



Parque de los Olmos 25,
31190 – Zizur Mayor (NAVARRA)
Tel.: 948 18 49 18 | 627 52 57 90

Cuidar a los profesionales

¡FELIZ 2017!

Que 2017 sea un año lleno de felicidad, paz, prosperidad y solidaridad, y que se cumplan todas vuestras expectativas en lo personal y en lo profesional.

El primer editorial del año siempre se espera que sea un repaso de lo pasado y una declaración de intenciones o peticiones de futuro. Creo que es justo que sea así, al menos en parte.

El 19 de diciembre de 2016 tomaba posesión una nueva Junta Directiva en el COMNA. Dejaban sus puestos varios vocales (Atención Primaria Rural, Jubilados, Medicina Hospitalaria, Medicina Libre y Colectiva y Médicos en Formación). Algunos llevaban varios años en las vocalías y otros se habían incorporado hace menos tiempo. A todos quiero agradecerles su dedicación, ilusión y lealtad al Colegio en este tiempo que hemos compartido en nuestra institución. Se incorporan nuevos profesionales en esas vocalías (queda pendiente de cubrir la de Médicos en Formación) y en la vicesecretaría. En parte, se remodela la Comisión Permanente y continúan nuestros representantes de la Junta Comarcal de Tudela. A todos los que continúan y a los que se incorporan, mi sincero reconocimiento. Se que su presencia fortalece al COMNA y tengo la certeza de que sus aportaciones -junto a la contribución de otros compañeros que durante 2016 han dedicado parte de su tiempo al Colegio desde la Comisión Deontológica, Panacea, Comisión de Formación, Tribunales de Becas, etc.- mejorarán nuestra actividad y nuestros servicios, ayudando a cumplir un deseo reiterado: acercar el Colegio a nuestros colegiados.

Cuando me planteo hacer, como el año pasado, una declaración de intenciones dirigida a quienes tienen capacidad de decisión en el ámbito de la salud, creo que podría copiar las escritas a finales de 2015. En la V Convención de la Profesión Médica y en la última Asamblea de la OMC se ha tratado el tema de la situación de los profesionales de la Medicina en el ámbito público y privado. Se ha constatado la precariedad, inseguridad y bajos salarios que sufren muchos profesionales del ámbito público y las lábiles e injustas condiciones laborales que viven médicos que trabajan por cuenta ajena en el campo de la medicina privada; todo ello, tras muchos años de esfuerzo y dedicación a su formación. Decía en el editorial al que me he referido con anterioridad que es necesario que sean escuchados los médicos y que sus opiniones sean tenidas en cuenta, que su situación sea estable y no precaria, y que tengan previsión de continuidad en su actividad, evitando crear incertidumbres sobre su futuro laboral.

Es necesario reiterarlo, el paciente es el núcleo del sistema sanitario y los médicos deben formar parte de los órganos decisorios. Pero es evidente que solo es posible esperar una colaboración leal de los médicos si se sienten bien cuidados y tratados. Una parte importante de los profesionales manifiestan sentimientos de desánimo, hastío y desmotivación. Vencer esos efectos no solo se consigue con estabilidad económica. Es preciso que nuestros dirigentes busquen, con imaginación, otras herramientas para mejorar esta situación y generar esa confianza e ilusión del profesional, que es la base para la mejor atención sanitaria a nuestros pacientes.

Os reitero mis mejores deseos para 2017.

Rafael Teijeira Álvarez
Presidente del Colegio de Médicos de Navarra



▶ Renovada la Junta Directiva

Rafael Teijeira seguirá en la presidencia durante los próximos 4 años

La lista que encabeza el Dr. Teijeira fue la única candidatura presentada a las elecciones para la renovación de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra por lo que, según los Estatutos actualmente vigentes, ha sido proclamada ganadora sin necesidad de celebrar las elecciones.

Presidencia

El Dr. Rafael Teijeira Álvarez cuenta con una dilatada experiencia en responsabilidades colegiales. Accedió a la presidencia en noviembre de 2015 por proclamación directa de la Junta Directiva y tras la dimisión de su antecesora en el cargo la Dra. M^a Teresa Fortún. Ha sido vicepresidente de dicha institución durante cinco años (2010-2015) y, anteriormente, fue vocal de la Comisión de Ética, Deontología, Derecho Médico y Visado Colegial (2005-2010). Es especialista en Medicina Legal y Forense, director del Instituto de Medicina Legal de Navarra y profesor asociado de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Vicepresidentes, secretario y tesorero

La vicepresidencia primera la ocupará el Dr. Alberto Lafuente Jiménez, anestesista en la Clínica Universidad de Navarra y hasta ahora secretario del Colegio de Médicos. La vicepresidencia segunda seguirá a cargo del Dr. Enrique Martínez López, jefe de oncología radioterápica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Completan el Comité de Dirección, el Dr. Julio Duart Clemente, traumatólogo del CHN, que tras su paso por la vicesecretaría asume ahora la secretaría general y el Dr. Tomás Rubio Vela, médico internista del CHN, que continuará como tesorero.

Nuevas caras

Se incorporan a la Junta Directiva del Colegio de Médicos: el Dr. Manuel García Manero, ginecólogo del Hospital García Orcoyen (Estella), en la vicesecretaría; la Dra. María Sagaseta de Ilurdoz Uranga, pediatra de la Unidad de Oncología Pediátrica del CHN, en la Vocalía de Medicina Hospitalaria; la Dra. Carmen Martínez Velasco, médica internista en el Hospital San Juan de Dios, en la Vocalía de Medicina Libre y Colectiva; la Dra. Susana Miranda Alcoz, médica de Familia en Aoiz, en la Vocalía de Medicina Rural y el Dr. Juan José Unzué Gaztelu, nefrólogo, en la Vocalía de Médicos Jubilados. La Vocalía de Médicos en Formación ha quedado vacante.

Finalmente, no ha salido a elección la Vocalía de Medicina Extrahospitalaria, que fue renovada hace dos años y que está representada por el Dr. Fernando Artal Moneva, médico de Familia en Barañain.

Junta Comarcal de Tudela

La Junta Comarcal de Tudela ha renovado tres de los cinco vocales con los que cuenta. Continúan los doctores Jesús Javier Ayensa Calvo y Luis José Mendo Giner, médicos de Familia, y Ana María Herrero León, médica internista en el Hospital Reina Sofía de Tudela. Completan la Junta Comarcal de Tudela las doctoras Olena Guta y María Sanz Gálvez, especialistas en Medicina de Familia.



En la primera fila:

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| [1] Dr. Manuel García Manero. | Vicesecretario. |
| [2] Dr. Juan José Unzué Gaztelu. | Vocal Médicos Jubilados. |
| [3] Dr. Rafael Teijeira Álvarez. | Presidente. |
| [4] Dr. Alberto Lafuente Jiménez. | Vicepresidente 1º. |
| [5] Dr. Julio Duart Clemente. | Secretario General. |

En la segunda fila:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| [6] Dr. Tomás Rubio Vela. | Tesorero. |
| [7] Dra. Ana María Herrero León. | Junta Comarcal de Tudela. |
| [8] Dr. Fernando Artal Moneva. | Vocal Medicina Extrahospitalaria. |
| [9] Dra. Susana Miranda Alcoz. | Vocal de Medicina Rural. |

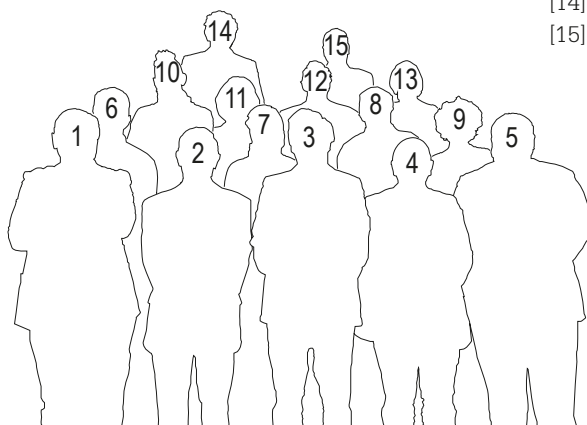
En la tercera fila:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| [10] Dr. Jesús Javier Ayensa Calvo. | Vocal Junta Sede Tudela. |
| [11] Dra. Carmen Martínez Velasco. | Vocal de Medicina Libre y Colectiva. |
| [12] Dr. Enrique Martínez López. | Vicepresidente 2º. |
| [13] Dra. María Sagaseta de Ilurdoz Uranga. | Vocal de Medicina Hospitalaria. |

En la última fila:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| [14] Eduardo Uterga Coso. | Gerente. |
| [15] Mariano Benac Urroz. | Asesor jurídico. |

El pasado 19 de diciembre, la nueva Junta Directiva del Colegio tomó posesión de sus cargos.



Completan la Junta Comarcal de Tudela:

Dr. Luis José Mendo Giner,
Dra. Olena Guta y
Dra. María Sanz Gálvez.

Queda vacante la Vocalía de Médicos en Formación.



COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

 En marcha la Validación Periódica de la Colegiación

Los médicos de Navarra ya pueden realizarla desde la **web** colegial

Los médicos de Navarra ya pueden realizar la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) desde la ventanilla única de la web del Colegio de Médicos, a través de una aplicación informática que da acceso a la plataforma del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) donde se gestiona el trámite de validación.

La Validación Periódica de la Colegiación (VPC) es un proceso, por el momento voluntario, que certifica que la preparación y formación del colegiado supera los requisitos previamente definidos para ejercer como médico. En concreto, certifica la buena praxis, es decir, que el médico no tiene expediente deontológico; acredita que está en aptitud psicofísica idónea para atender a los pacientes; certifica la vida laboral en la empresa en la que trabaja y acredita su Formación Médica Continuada y su Desarrollo Profesional Continuo. Deben realizarla todos los médicos en activo que lleven colegiados más de seis años en cualquier Colegio del territorio nacional y, una vez obtenida, tendrá una validez de seis años.

El Colegio navarro cumple así con lo establecido por la Directiva Europea de Cualificaciones Profesionales, aprobada en noviembre de 2014, que hará obligatoria la recertificación de los profesionales de la salud para 2017 en toda la UE. Esta recertificación no es ningún examen, es una garantía para la sociedad de que el médico que le atiende está en condiciones para continuar ejerciendo la medicina en plenas facultades. El cumplimiento de esta directiva europea responde a la tarea de los colegios profesionales de velar por ofrecer a la ciudadanía un compromiso de seguridad y calidad en la atención profesional que reciben por parte de los profesionales médicos, tal y como ya ocurre en otros países como EEUU o Reino Unido. De esta forma, se garantiza a los ciudadanos un modelo de asistencia de calidad contrastada, realizada por profesionales competentes.



¿Cómo se hace?

El médico deberá rellenar un formulario on-line, que consta de cuatro apartados: a) Buena praxis. Validación Colegial; b) Aptitud psicofísica, compromiso de salud + certificado médico; c) Empleador. Vida laboral y e) Registro de actividades de Formación Médica Continuada (FMC) y de Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Para solicitar la VPC, los tres primeros apartados son obligatorios de cumplimentar y el último, opcional.

La Validación Colegial de Buena Praxis es un documento, expedido por el Secretario del Colegio tras la consulta a los registros colegiales. El certificado recogerá que no existe proceso activo abierto al colegiado solicitante y, en caso afirmativo, se pedirá valoración a la Comisión Deontológica y, dependiendo de la sanción, podría llevar aparejada la suspensión de la VPC por el mismo tiempo que la sanción. La cumplimentación de este apartado lleva aparejado que el solicitante se compromete con el Código Deontológico y que conoce el Buen Quehacer del Médico (BQM).

En el segundo apartado, el de la Aptitud Psicofísica, se requiere cumplimentar un cuestionario de salud, que estará en la aplicación informática, y aportar un certificado médico oficial que acredite la ausencia de enfermedad

que imposibilite la actividad profesional. Preferentemente este certificado que acredita la actitud psicofísica, deberá ser expedido por el Servicio de Salud Laboral y Prevención de Riesgos de la empresa empleadora. De manera subsidiaria, el certificado médico oficial puede ser expedido por otro facultativo que acredite que el solicitante tiene capacidad funcional para el desempeño de las funciones de médico. Dicho certificado se incorporará digitalizado a través de la aplicación informática. El Colegio de Médicos de Navarra está elaborando un procedimiento para que los facultativos que, por razón de su tipo de actividad laboral, no tengan acceso a un Servicio de Salud Laboral y Prevención de Riesgos puedan obtener un certificado de un especialista en esta área.

En lo referente a la vida laboral, el solicitante deberá adjuntar un certificado escaneado, expedido por la empresa en la que presta servicios.

En cuanto al Registro de las actividades de FMC y DPC, apartado de carácter voluntario, la aplicación incluye un registro ordenado y clasificado para orientar a los solicitantes sobre las actividades que acrediten el mantenimiento y actualización de la buena práctica profesional.

Más información sobre VPC:

¿Qué es? ¿Quién la puede solicitar? ¿Cómo hacerlo? en el siguiente enlace:
http://www.cgcom.es/val_pc



Viajará a Houston (EEUU) para profundizar en el estudio de biomarcadores predictivos de respuesta a inmunoterapia en cáncer de pulmón.

El oncólogo **Ignacio Gil Bazo** gana la V Beca Senior

■ TRINI DÍAZ

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra ha entregado la V Beca Senior, dotada con 2.500 euros, al Dr. Ignacio Gil Bazo, director del Departamento de Oncología Médica de la Clínica Universidad de Navarra e investigador del programa de Tumores Sólidos y Biomarcadores en el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA).

La Beca permitirá al Dr. Gil financiar parte de su estancia, durante dos meses, en el Departamento de Patología Molecular Translacional del MD Anderson Cancer Center, en Houston (EEUU), con el fin de profundizar en el estudio de biomarcadores predictivos de respuesta a inmunoterapia en carcinoma no microcítico de pulmón mediante el empleo de distintas técnicas, incluyendo la biopsia líquida. Asimismo, su visita a Houston tiene como objetivo poder implantar un programa de investigación translacional y clínica de biopsia líquida en cáncer de pulmón asociado a la monitorización del tratamiento inmunomodulador en la Clínica Universidad de Navarra y CIMA, en colaboración con el MD Anderson Cancer Center. A largo plazo, se pretende además implantar un programa estable de intercambio de profesionales implicados en investigación clínica y translacional en inmunoterapia en cáncer de pulmón avanzado, entre ambos centros.



↑ *El Dr. Gil Bazo es director del Departamento de Oncología Médica de la Clínica Universidad de Navarra e investigador del programa de Tumores Sólidos y Biomarcadores en el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA).*

La biopsia líquida en cáncer ha ido cobrando mayor notoriedad debido, principalmente, a la posibilidad de monitorizar de forma dinámica y poco invasiva las alteraciones moleculares de algunos tipos de tumores como el cáncer de pulmón, melanoma y colorrectal, a través del análisis del ADN tumoral circulante. "Sin embargo, por el momento no existen estudios que hayan evaluado de forma sistemática el papel de la biopsia líquida en la predicción de respuesta a inmunoterapia, en pacientes con cáncer de pulmón", puntualiza el Dr. Gil.

Rafael
Teijeira
entregó
la Beca a
Ignacio Gil el
pasado 15 de
noviembre.



Marcadores de respuesta a la inmunoterapia

El Departamento de Patología Molecular Translacional del MD Anderson Cancer Center está comenzando a desarrollar un programa que estudia la posible aplicación clínica de diversos marcadores de respuesta a la inmunoterapia en cáncer de pulmón avanzado. Dentro de este programa de investigación, pionero en el mundo, ha puesto en marcha varias iniciativas clínicas para el descubrimiento de nuevos biomarcadores en el contexto de ensayos clínicos, como la plataforma APOLLO dentro del Programa Moon Shot, entre otros. “En la medida en que la inmunoterapia se está generalizando en el tratamiento de primera y segunda línea en cáncer de pulmón avanzado, y teniendo en cuenta el elevado coste de estos nuevos fármacos así como las toxicidades poco frecuentes pero potencialmente graves (hipofistis, neumonitis, colitis, etc) asociadas, el empleo sistemático de biomarcadores predictivos y de monitorización clínica de los pacientes, antes y durante el tratamiento, podría permitir una mejor selección de los pacientes con mayores opciones de responder a estos tratamientos”. El Dr. Gil Bazo, profesor titular de la Universidad de Navarra, añade que seleccionar mejor a los pacientes “contribuiría a evitar la posible toxicidad de estos fármacos en enfermos con bajas opciones de respuesta. Finalmente, se podría limitar sustancialmente el gasto farmacológico derivado de estos tratamientos”.

Beneficios para todos los pacientes navarros

El Dr. Gil Bazo lidera el grupo de investigación sobre Biomarcadores en Cáncer, que forma parte del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IDISNA) y está compuesto por investigadores de la Clínica Universidad de Navarra, CIMA y Navarrabiomed del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. “Por este motivo, los posibles resultados de la investigación en biomarcadores de respuesta a inmunoterapia en cáncer de pulmón que se pretende llevar a cabo en la estancia propuesta, podrá revertir sobre todos los pacientes navarros”, puntualiza.

Dudas razonables

La inmunoterapia ha demostrado recientemente una gran eficacia antitumoral en distintos tumores. En pacientes con carcinoma no microcítico de pulmón (CNMP) avanzado tras progresión a quimioterapia, el bloqueo de PD-1, un regulador negativo de la activación de las células T citotóxicas mediante anticuerpos monoclonales específicos (Nivolumab, Pembrolizumab), incrementa de forma significativa la supervivencia global de los enfermos. Ambos fármacos han sido aprobados para su empleo clínico en esta indicación. Igualmente, Pembrolizumab ha demostrado recientemente ser superior a quimioterapia en CNMP en primera línea, tanto en términos de supervivencia libre de progresión y supervivencia global como en calidad de vida. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes con cáncer de pulmón no responde a la inhibición de PD-1 o progresa poco tiempo después de su inicio.

La expresión de la proteína PDL-1 en las células tumorales se ha identificado como un posible biomarcador de respuesta a ambos fármacos. “No obstante –puntualiza el Dr. Gil Bazo- existen dudas significativas con respecto a la técnica y los anticuerpos que deben ser empleados para el estudio inmunohistoquímico que detecta la expresión de PDL-1 y se postula que la expresión de otras proteínas permitirían una mejor predicción de respuesta y, sobre todo, una selección óptima de los pacientes que deben o no recibir estos tratamientos que implican un alto coste para el Sistema Nacional de Salud”.



Las becas Dr. Ignacio Landecho para **Adriana Nohemí García** y **Ester Moreno** Viajarán a Pittsburgh (EEUU) y París para completar su formación MIR.

■ TRINI DÍAZ

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra, con el patrocinio de Laboratorios Cinfa, ha concedido las becas Dr. Ignacio Landecho, en su novena edición, a Adriana Nohemí García Herrera y Ester Moreno Artero. Han recibido cada una 3.000 euros para financiar sus estancias formativas en el Medical Center de la Universidad de Pittsburgh (EEUU) y en el Servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital Necker-Enfants Malades de París (Francia), respectivamente. Las becas se entregaron el pasado 20 de diciembre, en un acto presidido por Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, Enrique Ordieres, presidente de Laboratorios Cinfa, y el Dr. Manuel Landecho (hermano de Ignacio Landecho).

Adriana Nohemí García es residente de cuarto año en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario de Navarra.

Ester Moreno Artero es residente de tercer año en el Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología de la Clínica Universidad de Navarra.



En la entrega de las becas: Adriana Nohemí García, Rafael Teijeira, Manuel Landecho (hermano del Dr. Ignacio Landecho), Enrique Ordieres (presidente de Cinfa) y Ester Moreno.

IX Edición

Esta es la novena edición de la Beca Dr. Ignacio Landecho de Apoyo a la Formación MIR, que la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra concede anualmente. Gracias a esta ayuda, un total de 15 jóvenes médicos en formación ha podido realizar una estancia en un centro internacional de reconocido prestigio.



Estudio del paciente politraumatizado

Adriana Nohemí García Herrera es residente de cuarto año en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario de Navarra. Su estancia de dos meses en la Unidad de Politrauma del Medical Center de la Universidad de Pittsburgh (EEUU) le permitirá ampliar sus conocimientos y mejorar habilidades en la atención inicial del paciente con patología traumática y sus complicaciones, así como en las actitudes diagnósticas y terapéuticas específicas, según el tipo de traumatismo (TCE, torácico, abdominal, espinal y ortopédico entre otros). “Me permitirá –asegura– conocer nuevos procedimientos y desarrollar habilidades de trabajo en equipo en diferentes ámbitos laborales y multidiscipliniales”.

El Medical Center de la Universidad de Pittsburgh es un hospital de reconocido prestigio en materia de cuidados intensivos y manejo del paciente politraumatizado, cirugía cardiotorácica, neurocirugía y trasplante de órganos. Está acreditado como centro de primer nivel regional para patología traumática, atiende un alto volumen de pacientes y es pionero en investigación. “Sin duda, cuenta con la infraestructura y el equipo humano y técnico adecuados para proporcionar una estancia formativa valiosa”.

Según la joven doctora, “los traumatismos constituyen una importante causa de mortalidad y una alta repercusión en años potenciales de vida perdidos, sobre todo en menores de 40 años. La principal causa de los traumatismos son los accidentes de tráfico, salvo en el grupo de mayores de 65 años en el que las caídas se sitúan en primer lugar. La patología traumática adquiere especial relevancia en la UCI por su incidencia, y por la gravedad, secuelas y carga social y económica que conlleva para los servicios sanitarios y la sociedad”.

Entre las medidas para mejorar la asistencia a pacientes con patología traumática, están “una buena protocolización y una reducción de los tiempos de asistencia, lo que requiere que la atención a estos pacientes sea proporcionada por un equipo experimentado”, concluye García Herrera.



Enfermedades genéticas de expresión cutánea

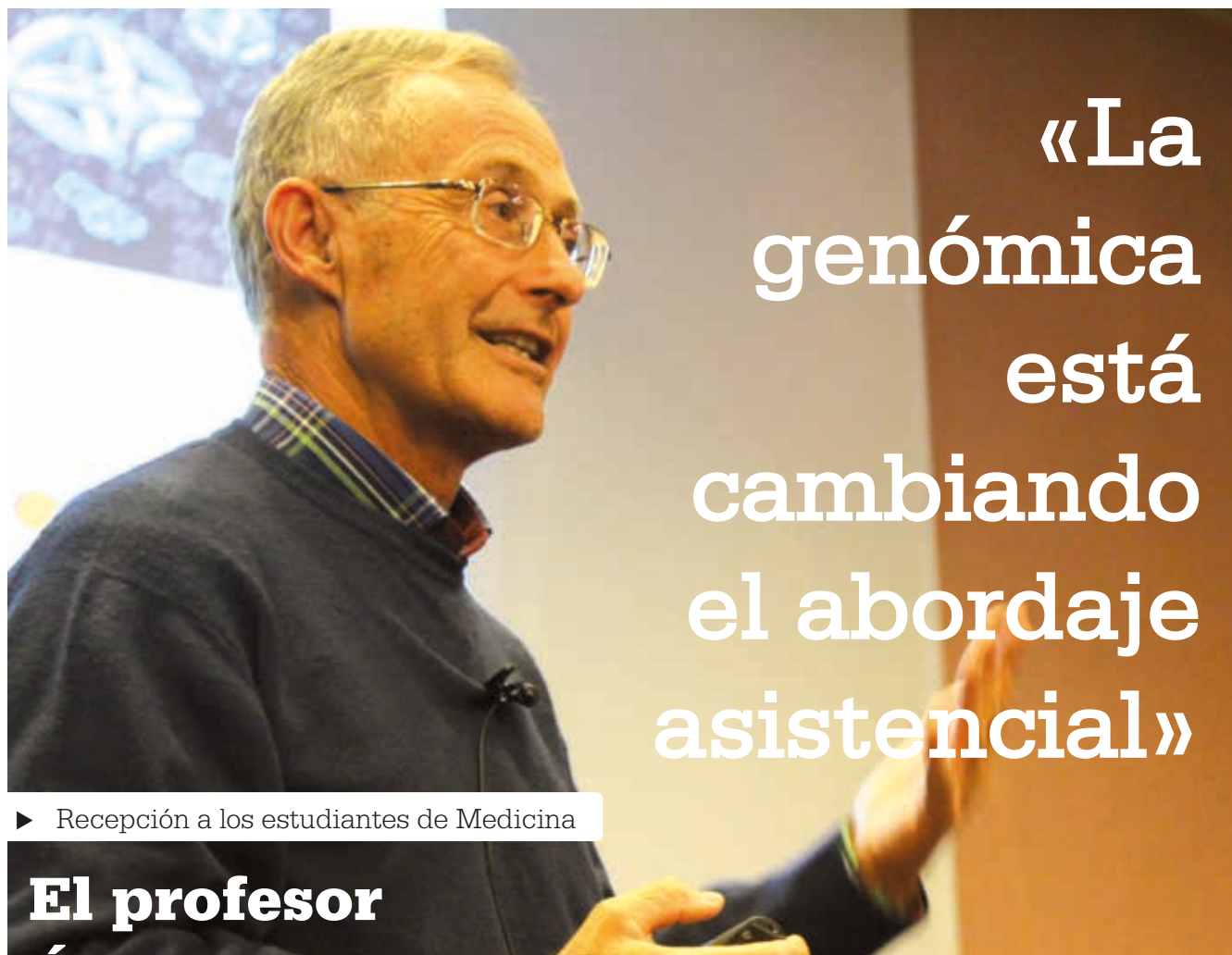
Ester Moreno Artero es residente de tercer año en el Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología de la Clínica Universidad de Navarra y con la beca concedida financiará parte de una estancia de cuatro meses en el Servicio de Dermatología Pediátrica del Hospital Necker-Enfants Malades de París.

Se trata –explica la ganadora– de un “centro de referencia de enfermedades genéticas de expresión cutánea, dedicado en particular al tratamiento de enfermedades graves y poco frecuentes, como las epidermolisis ampollasas, las ictiosis, las displasias ectodérmicas, la incontinencia pigmenti, las rasopatías, el síndrome de Netherton, las queratodermias palmo-plantares, la enfermedad de Darier...”

En el Hospital parisino podrá también formarse en patologías pertenecientes al campo de los tumores y anomalías vasculares, y los síndromes complejos asociados. El Hospital Necker “no solo es un centro pionero en el diagnóstico y manejo de este tipo de patologías, sino que además ejerce como centro de seguimiento de estos pacientes a nivel estatal, bajo la dirección de la Dra. Olivia Boccara, un referente internacional en dicho campo”. Ester Moreno destaca, además, la importante tarea del acompañamiento y apoyo a las familias, “lo cual queda reflejado en las numerosas asociaciones de pacientes que se encuentran en estrecha relación con dicho centro”. Otro de los alicientes que le han animado a la elección de esta rotación es que la Jefa del Servicio del Hospital Necker, la Dra. Christine Bodemer, ha presidido la Sociedad Internacional de Dermatología Pediátrica y es responsable de la creación de sociedades europeas de Dermatología Pediátrica. En cuanto a la actividad investigadora del citado Hospital, destaca su orientación hacia la mejora de la comprensión y tratamiento de la dermatitis atópica, los tratamientos de inmunoterapia local y la clasificación, compresión y biología molecular de numerosas enfermedades raras de origen genético de la piel del niño y del recién nacido. Más de 300 publicaciones, en los últimos 7 años, avalan su reputación en el campo de la Dermatología Pediátrica.

Durante cuatro meses, la joven doctora hará una estancia de rotación en todas y cada una de las consultas monográficas del Departamento de Dermatología Pediátrica del hospital francés, en donde, además de enfermedades crónicas e inflamatorias de la piel, convergen enfermedades infecciosas, síndromes complejos vasculares y patologías genéticas de expresión cutánea.





► Recepción a los estudiantes de Medicina

**El profesor
Ángel Carracedo,
premio Nacional
de Genética,
ofreció una
clase magistral
sobre Medicina
personalizada**

■ TRINI DÍAZ

“La razón principal de la falta de eficacia de los tratamientos farmacológicos es la heterogeneidad de la enfermedad”, advirtió el prestigioso investigador Ángel Carracedo Álvarez, catedrático de Medicina Legal y Premio Nacional de Genética 2015, que dio una clase magistral a los alumnos de Segundo Ciclo de Medicina, el pasado 16 de noviembre. La conferencia cerró los actos de recepción a los estudiantes, que el Colegio celebra anualmente para dar a conocer la figura de la precolegiación que les permite, de forma voluntaria y gratuita, comenzar a disfrutar de las ventajas y servicios colegiales.

Ángel Carracedo dirige la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica (SERGAS) y el Centro Nacional de Genotipado (Universidad de Santiago), instituciones que ha colocado junto con su equipo en la vanguardia mundial de la investigación genética. Entre los proyectos



El profesor Carracedo, Alberto Lafuente, Secundino Fernández (decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra), Rafael Teijeira y Teresa Tuñón, en la recepción a los alumnos

que lidera, destaca un estudio que intenta desentrañar las causas genéticas del autismo (TEA) y su relación con los síntomas. Han descubierto que el 25% de los niños estudiados tenían alteraciones microestructurales del genoma que eran la causa del problema. "Ahora tratamos de establecer una correlación genotipo-fenotipo, es decir, saber lo que les pasa a los genes y saber lo que les pasa a ellos. Seguramente son cosas distintas, en cromosomas distintos, y esto significa una cosa que ya sabíamos: no hay un TEA, hay muchos TEA. Algunos tienen déficits en unas cosas, otros tienen déficits en otras. Ahora estamos tratando de diseccionar este trastorno para poder clasificarlo mejor".

La enfermedad varía y es heterogénea

Los factores genéticos y ambientales explican la heterogeneidad y condicionan la eficacia de los fármacos. "Una vez administramos el tratamiento, el individuo también varía porque tenemos diferentes enzimas, proteínas transportadoras y receptores que condicionan la respuesta".

Para explicar la influencia de la herencia genética y los factores del entorno que pueden modular la presentación de una enfermedad se refirió, en concreto, al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), que afecta a un 5/7% de la población infantil en España. "La incidencia de TDH es radicalmente distinta en el mundo. En la costa Este de EEUU es 10 veces más frecuente que en la costa Oeste. Hay países donde prácticamente no existe, como Suiza". Un alto porcentaje de estos niños con TDAH (el 40%) tienen una variante en un gen receptor de la

dopamina, que es el DRD4. Es una variante típica de las poblaciones nómadas (el 70% de los beduinos la tenían, mientras que solo está en el 10% de los alemanes). "Precisamente, tener esa variante o no, condiciona la respuesta al tratamiento".

Los tratamientos no son inocuos

El experto recalcó la importancia de la Medicina genómica, que está impulsando un cambio vertiginoso en el abordaje asistencial. "La eficacia terapéutica está limitada cuando la enfermedad es tratada de forma sintomática o cuando la causa que la origina solo representa uno de los tipos de la enfermedad y el tratamiento es ineficaz para el resto. Cada vez nos cuesta más trabajo mejorar la eficacia de los fármacos y las reacciones adversas siguen siendo un problema importante de mortalidad y morbilidad".

Las muertes por reacciones adversas a fármacos están entre la cuarta y sexta causa por fallecimiento en los países desarrollados. "Se muere más gente por reacciones adversas a fármacos que por accidentes de tráfico", aseguró el director del Instituto de Medicina Legal de Santiago de Compostela quien recalcó a los alumnos la importancia de dividir la enfermedad, atendiendo a sus causas "y una estrategia es buscar los genes involucrados en la misma. Si somos capaces de dividir las enfermedades en sus causas íntimas y estratificarla, la Medicina dará un gran salto porque nos permitirá tratar la enfermedad de forma personalizada". Explicó que "el impacto de la genómica actual y ciencias asociadas, está en la enfermedad común ya que nos está permitiendo clasificarla y observar biomarcadores de respuesta".





Alumnos del Segundo Ciclo de Medicina en el Colegio.



Nuevas rutas y dianas terapéuticas

Puso como ejemplo del avance en Medicina personalizada el análisis genómico masivo de la variación somática en cáncer que, gracias a los grandes proyectos internacionales como el International Cancer Genome Consortium (ICGC), está permitiendo estratificar este tipo de enfermedades, buscar nuevas rutas y dianas terapéuticas, y personalizar el tratamiento. Abogó por la creación de equipos multidisciplinares en los hospitales, que integren a biólogos moleculares y genetistas “si queremos avanzar en Medicina personalizada y tomar decisiones correctas. Se necesita a alguien que tenga criterio para saber qué hacer y acordarlo con los clínicos”.

Avances en farmacogenómica

El profesor Carracedo explicó a los alumnos de Medicina los avances de la Genómica en farmacología. “En estos momentos, para más de 50 fármacos la Agencia Europea del Medicamento obliga o recomienda analizar biomarcadores genómicos con el fin de decidir los tratamientos o ajustar las dosis”. En el mercado del fármaco destacó el papel de las agencias reguladoras del medicamento, “que han definido un modelo para validar los biomarcadores de respuesta a fármacos y estratificación de enfermedad”.

Por el contrario, denunció el boom de basura ahora existente relacionada con la genómica, “test y chips que lo predicen todo, que engañan y confunden”. Se trata, según Carracedo, de un mercado que no está regulado “porque en Europa no se exigen análisis de mercado para todo lo que es predictivo”.

Uno de los retos de futuro será cómo integrar la creciente cantidad de biomarcadores que se irán generando (y no solo ómicos) en la toma de decisiones para el correcto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

La variabilidad es la ley de la vida

La riqueza del ser humano es su diversidad genética y cultural. Ahí está la clave de la supervivencia de la especie. “La población más antigua de la tierra es África y allí hay más diversidad genética que en ninguna parte. Esto indica lo relativo que es todo y descarta cualquier superioridad racial porque, de haberla, podemos decir que son más aconsejables las poblaciones más diversas”, concluyó el profesor Carracedo.

Ventajas de la precolegiación

La precolegiación ofrece a los alumnos de Segundo Ciclo de Medicina las siguientes ventajas: contacto con la vida profesional y asociaciones científicas, orientación en la elección de la especialidad, acceso a los servicios del Colegio como Oficina de Desarrollo Profesional, Oficina de Cooperación, asesoría jurídica, participación en cursos, seminarios y talleres de formación médica y aprendizaje de idiomas.

En representación de la Comisión Deontológica colegial, la doctora Teresa Tuñón explicó su funcionamiento y objetivos. Resaltó que las comisiones de Ética y Deontología colegiales son “la fuerza moral de la Organización Médica Colegial y la guía e inspiración de la actividad profesional”.



Concurso de dibujos navideños

Germán Manrique y Lucía González reciben los premios

En esta ocasión, los dibujos ganadores los eligió el artista Juan José Aquerreta.

El Colegio de Médicos de Navarra ha organizado, un año más, el Concurso de Dibujos Navideños, y el 15 de diciembre se entregaron los premios. En esta edición, que ya es la sexta, se presentaron un total de 77 dibujos realizados por hij@s o niet@s de médicos colegiados.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira, que fue quien presentó el acto y entregó los premios, destacó la gran acogida que tiene el concurso entre los más pequeños, ya que cada año se presentan más dibujos (el año pasado fueron 55) y, además, son trabajos de gran calidad y originalidad.

Germán Manrique Serrano, de 5 años, estudiante de 3º de Infantil en el Colegio de San Cernin, y Lucía González Paladino, de 11 años, de 6º de Primaria en el Colegio Luis Amigó, han sido los ganadores en la categoría de 4 a 8 años y en la de 9 a 12 años, respectivamente. El pequeño se llevó una Nintendo, y la mayor una Tablet, además de unas películas en inglés que las proporciona Clen College. Los dos dibujos ganadores son los que ha utilizado el Colegio de Médicos como felicitaciones navideñas.

Además de los dos premios, entre todos los niños participantes en el Concurso se sortearon dos maletines de pintura.

Este año, el concurso ha tenido un jurado muy especial. El creador navarro, Juan José Aquerreta, fue quien, desde su visión de artista, eligió los dibujos ganadores. Le encanta ver dibujos realizados por niños "son una fuente de inspiración muy importante", comentó.

La celebración, como siempre, estuvo muy animada. Una vez entregados los premios, niños y niñas, y acompañantes disfrutaron de una merienda muy dulce.

¡Gracias por la imaginación y el esfuerzo que habéis puesto en los dibujos, y gracias también a Aquerreta por su inestimable ayuda!

↑ Un total de 77 dibujos, realizados por hij@s o niet@s de médicos colegiados, se presentaron al Concurso.

El presidente del Colegio entregó los premios a Lucía y Germán. ➡



Juan José Aquerreta, eligiendo los dibujos ganadores. ↓



Homenaje a 54 jubilados en 2016

31 médicos reciben, además, la placa de colegiado honorífico

El pasado 13 de diciembre, el Colegio de Médicos de Navarra celebró su fiesta anual dedicada a los médicos jubilados y organizada por la vocalía de Médicos Jubilados y Viudas. Un total de 54 médicos jubilados fueron homenajeados por la profesión y otros 31 médicos recibieron la placa de colegiado honorífico, que se otorga a los que durante el año 2016 han cumplido los 70 años o han causado baja por invalidez.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, y el director de Salud del Gobierno de Navarra, Luis Gabilondo, entregaron las placas e insignias a los médicos jubilados y honoríficos, y les transmitieron el agradecimiento de la profesión y de la sociedad navarra por el "deber cumplido".

La celebración comenzó con una misa en recuerdo a los médicos fallecidos en el año 2016, en la que participó el coro colegial; y continuó con una conferencia sobre "El protomedicato y los profesionales médicos navarros que nos precedieron" del Dr. Julio Sánchez Álvarez. El broche final fue una comida de hermandad en el Restaurante El Colegio, ubicado en la misma sede colegial.



Médicos jubilados en el 2016 posan junto al presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira; el director general de Salud, Luis Gabilondo, y el vocal de Médicos Jubilados, Miguel Ezcurdia.

Los 54 médicos jubilados durante el 2016 son: Javier Arellano Aburto, José Domingo Cabrera Ortega, José Luis Carcas Sansuán, Salvador Carrascosa Moreno, Carlos Ciganda Mangado, Purificación De Castro Lorenzo, Máximo Del Castillo Arbeloa, José Rafael Delgado Gelabert, Esteban Echeverría Goñi, Arturo Erlanz Abad, José María Erroba Larraya, Óscar Aurelio Fernández Hidalgo, Carmen Galindez Zubiria, Manuel García Carasusán, Iñaki Goñi Zubiri, Javier Heras Izaguirre, Ana María Iragui Garnica, José Ignacio Laínez Moliner, María Carmen Laparte Escorza, Ignacio Logroño Ezcaray, Vicente Madoz Jaúregui, Pedro Javier Martínez Landa, Pedro Marzo García, Francisco Javier Molina Garicano, Pedro Javier Muerza Chocarro, Montserrat Olcoz Vidal, María Sagrario Oteiza Aldasoro, María Angeles Pardo Callao, Francisco Javier Pardo Mindán, María Josefa Pelay Ruata, José Javier Pérez Dettoma, Carlos Juan Pérez García, Miguel Ángel Pueyo Villacampa, María Purificación Puy Andueza, Jesús Rodríguez Irisarri, Carlos Romero Ibarra, Esperanza Sagaseta Ilurdoz Fernández, Jose Maria Salazar Fernández de Erenchun, Maria Luisa Sanz Larruga, Luis Julio Sota de la Gandara, Jose Antonio Soto Monreal, Juan Alberto Tabar Sarrias, Sebastián Taberna Echarte, María Nieves Tajadura Iso, José Luis Tirapu Lacalle, José Ignacio Ubau Balda, Ester Vila Mayo, Irene Vila Mendiburu, María Concepción Villarreal Aldasoro, María Teresa Virto Ruiz, Maria Teresa Visus Eraso, María Carmen Yoldi García, Félix Zabalza Irigoyen y Sergio Víctor Leandro Liberato.



Algunos de los nuevos colegiados honoríficos en Navarra.

Los 31 médicos que recibieron la placa de colegiado honorífico fueron: Luis Abascal Lacarra, Germán Antonio Achuri Bello, Mouhamad Ahmad Al-Ghool, María Lourdes Allo Mina, Sagrario Aramburu Benito, Ignacio Biurrun Babace, Fernando Borda Celaya, Guillermo Manuel Da Costa Rodríguez, María de la Viesca Espinosa de los Monteros, Francisco Javier del Cazo Cativiela, Alfonso Español Ballarín, Jesús Fachín Padilla, Jorge Fanlo Orzáez, José Antonio Figueras Baigorri,

José Antonio Gil Gil, Elías Enrique Maraví Poma, Jesús María Martínez Salaverri, Juan Narbona García, Pedro José Oviedo De Sola, Guillermo Pardos Quellenberg, José Luis Pérez Arancón, Fabricio Potestad Menéndez, César Poveda Navarro, Juan José Quiroga Pérez, María Begoña Repáraz Romero, Juan María Rodríguez Garrido, Alejandro Ramón Ros Satrústegui, Margarita Salazar Uriarte, Salvador Serra González, María Eloisa Smet García y Jorge Augusto Zapata Salazar.

El protomedicato navarro (1525 - 1829)

El Dr. Julio Sánchez Álvarez, Jefe de Sección de Medicina Interna en el Complejo Hospitalario de Navarra y profesor asociado en el Universidad Pública de Navarra, impartió una conferencia magistral sobre el protomedicato navarro. Explicó así los antecedentes y el contexto histórico en el que nació: "Cuando el reino de Navarra es incorporado a la corona de Castilla, en 1512, el control de las profesiones sanitarias era prácticamente inexistente en el Viejo Reino. Únicamente existía una cofradía de médicos, boticarios, cirujanos y barberos, constituida en 1496, a semejanza de las existentes en la corona de Aragón desde el siglo XIV. Sus atribuciones se circunscribían a Pamplona y sus alrededores. Para entonces los Reyes Católicos habían creado en 1477 el Tribunal del Protomedicato. Este Tribunal, confiado a los médicos de los reyes, concedía las licencias para el ejercicio de las distintas profesiones sanitarias, inspeccionaba las farmacias, resolvían judicialmente los casos de intrusismo y mala praxis e, incluso, determinaba quiénes ingresaban en los azaretos.

Conferencia del Dr. Julio Sánchez Álvarez sobre el protomedicato. ➔

La especial situación jurídica de Navarra dentro de la corona castellana, mueve a ésta a crear una institución sanitaria como la castellana, pero específica para Navarra. Así nace el protomedicato navarro en 1525. La capacidad legislativa de las cortes navarras y organizativa de las instituciones específicas del Reino consiguen adecuar el protomedicato navarro a las características y necesidades de la sociedad, dando lugar a una institución totalmente diferenciada de su homóloga castellana, a la que incluso sobrevive 7 años, hasta su desaparición en 1829".



El Colegio de Médicos colabora en la creación del **Clúster Navarra Health Tourism**

El objetivo es consolidar Navarra como referente internacional de asistencia médica de calidad



El pasado 7 de diciembre, se presentó a la sociedad navarra el clúster médico-sanitario Navarra Health Tourism, que busca consolidar Navarra como referente internacional de asistencia médica de calidad. Esta herramienta, elegida para el diseño e implantación de una estrategia de turismo sostenible y asistencia sanitaria, está impulsada por el Gobierno Foral y en su desarrollo colaboran entidades, tanto públicas como privadas, entre las que se encuentra el Colegio de Médicos de Navarra.



↑ *Sesión informativa para dar a conocer a los médicos los servicios que ofrece Navarra para la celebración de congresos, reuniones y otros eventos de naturaleza científica o profesional.*

Los próximos pasos serán la constitución jurídica del clúster, la adhesión de los distintos miembros interesados, la concreción del plan estratégico y la definición de nuevos mercados objetivos. "Se trata –aclaró el vicepresidente de Desarrollo Económico, Manu Ayerdi, en su presentación– de desarrollar servicios para cuidar de la salud y el bienestar de todos los pacientes y familiares que llegan a nuestra Comunidad por diversos motivos médico-sanitarios a través de una colaboración público-privada muy sólida. Juntos queremos conseguir que Navarra sea, con el trabajo de todos y con tiempo, un referente de salud a nivel internacional".



Presentación de Navarra Health Tourism. El Colegio de Médicos estuvo representado por su gerente, Eduardo Uterga, y por el responsable de Congresos, Javier Magallón. ↑

El clúster Navarra Health Tourism lo forman además:

Ayuntamiento de Pamplona,
Clínica Universidad de Navarra
Clínica Sannas Dentofacial,
Hospital San Juan de Dios,
Balneario de Fitero,
Balneario Elgorriaga,
Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) y
Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra–Hoteles Pamplona.

Se ha constituido con el objetivo de fomentar el crecimiento e internacionalización en los diferentes agentes que lo componen y contribuir a un crecimiento económico basado en la innovación y el conocimiento.

Impacto económico del turismo médico en Navarra

Para valorar el impacto de las acciones de este sector, en 2016 se realizó un estudio de Impacto Económico elaborado con datos de pacientes no navarros atendidos en la Comunidad Foral. Los resultados de este estudio son los siguientes:

- En total, la actividad de turismo médico en Pamplona/Navarra en 2015 generó un impacto económico total sobre la producción de 237.030.795 euros.
- Cada euro que gasta un visitante de turismo médico se multiplica por 1,82 en las ramas productivas de Pamplona/Navarra.
- El empleo generado por el gasto en turismo médico es de 3.617 puestos de trabajo, 2.253 de forma directa derivada del gasto directo y 1.364 más asociados a los efectos indirectos e inducidos.
- El retorno para la Hacienda Tributaria de Navarra se estima en 14 millones de euros.
- Las clínicas de Pamplona atendieron en 2015 a más de 32.000 pacientes no residentes en Navarra. Más del 80% de estos pacientes acuden acompañados, lo que hace un total de 68.892 visitantes de Turismo Médico en 2015.

Congresos de salud: una apuesta estratégica

Potenciar la oferta y los servicios que ofrece Navarra para la celebración de congresos, reuniones y otros eventos de naturaleza científica o comercial, es otra de las áreas de desarrollo económico que está liderando el Gobierno de Navarra. El pasado mes de mayo se presentó a los médicos de Navarra la oferta MICE para el desarrollo de este sector y se les ofreció colaboración para la presentación de candidaturas y la captación de eventos de sociedades médicas.

El turismo de reuniones tiene un impacto global (directo, indirecto e inducido) de 12,4 millones de euros en Pamplona, según recoge un estudio realizado por el Ayuntamiento para la mesa de trabajo de turismo MICE (congresos, viajes de incentivos, jornadas, etc). En torno al 30% de las reuniones y de asistentes se encuadran en el sector médico-sanitario, ligeramente por encima de la media española (24%).

Congresos Colegio de Médicos, que participa en la mesa de trabajo de turismo MICE, cuenta con una dilatada experiencia de más de 20 años en la organización de eventos profesionales y científicos. Además de diferentes espacios simultáneos y un salón de actos para 300 personas, ofrece apoyo logístico, técnico y gabinete de prensa para el desarrollo de las actividades. A través de la Fundación Colegio de Médicos de Navarra presta estos servicios a colegiados y sociedades científicas en condiciones muy ventajosas.



El Colegio participó en la V Convención de la Profesión Médica

Conclusiones que marcarán las futuras líneas estratégicas de la **OMC**



■ TRINI DÍAZ

La V Convención de la Profesión Médica reunió en Madrid a unos 500 asistentes pertenecientes a las juntas directivas de los Colegios de Médicos, representantes de las Vocalías Nacionales, de las Comisiones Deontológicas, así como de otras áreas colegiales. Bajo el lema «comprometidos con la sociedad y con los médicos», esta Convención bienal, que se celebró los días 11 y 12 de noviembre, propició el debate sobre los principales temas y dilemas que afectan directamente a los médicos, estructurados en diferentes bloques temáticos: política sanitaria, profesión, pacientes y deontología. Incluyó, además, ponencias satélites dedicadas a aspectos de la actualidad sanitaria tales como el uso del medicamento, la privatización del ejercicio libre, la formación médica y el buen quehacer del médico, entre otros.

El Colegio de Médicos de Navarra participó en la Convención con dos iniciativas destacables: Rafael Teijeira ejerció como preguntador en la ponencia satélite sobre El uso de medicamentos: aspectos médicos y sociales, y Alberto Lafuente presentó la experiencia del Colegio de Médicos de Navarra en la implantación y desarrollo del programa de formación en gestión clínica. Asistieron también a esta V Convención, en representación de Navarra, la Dra. Pilar León, presidenta de la Comisión de Deontología, Fernando Artal, vocal de Medicina Extrahospitalaria y Mariano Benac, asesor jurídico.

*El Dr. Lafuente
presentó la
experiencia del
Colegio de Navarra
en gestión clínica.*



23

Aspectos médicos y sociales en el uso de medicamentos

Las conclusiones sobre el uso de medicamentos fueron fruto de una ponencia satélite en la que participó el Dr. Rafael Teijeira Álvarez, presidente del COM Navarra, que abrió el turno de preguntas con la siguiente cuestión: La investigación con fondos privados debe invertir un porcentaje del presupuesto para la financiación de proyectos públicos, ¿cómo convencer a las compañías farmacéuticas de esto?

El Dr. Fernando Lamata, ponente y exconsejero de Sanidad de Castilla la Mancha, respondió que "actualmente se financia la investigación con un sobrepeso del medicamento pero, como se ha visto, es una solución insuficiente que contribuye a mantener un sistema perverso. No se incrementa un 5% el precio del medicamento que haría viable la idea, sino muchísimo más. Por lo tanto, hay que pensar en un cambio de modelo que no dependa del sobre coste del medicamento para destinarlo a formación".

La solución pasaría, primero, por "conseguir unos precios relacionados con el coste; si esto no fuera posible, utilizar la licencia obligatoria que permite abrir el mercado y cambiar la negociación y, por último, que la I+D se separe del precio, es decir, generar un convenio internacional donde I+D se produzca por plataformas independientes, un mecanismo alternativo para el desarrollo de medicamentos", subrayó el Dr. Lamata.

El Dr. Carlos Macaya, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), que intervino también como ponente, hizo una reflexión sobre el debate existente entre los medicamentos biotecnológicos versus biosimilares. "Los biosimilares son como una alternativa económica para lograr bajar el precio de los medicamentos biológicos. Se puede promover su uso, pero no imponer, y sobre todo no obligar con un paciente controlado que responde bien a su tratamiento". En este sentido, abogó por la elección del tratamiento como una decisión individualizada lejos de cualquier presión externa hacia el personal sanitario por el uso de biosimilares. Concluyó su intervención citando un artículo de la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la libertad de prescripción del médico: "No son conformes a la ética médica los pactos, contratos o reglamentos que restrinjan la legítima libertad de decisión del médico o que le impongan, por coerción o premio, conductas que el médico encuentra injustificadas según su criterio profesional fundado".

Experiencias colegiales: Navarra lidera la formación en Gestión Clínica

La V Convención de la Profesión Médica incluyó como novedad un espacio dedicado a "Experiencias Colegiales". Navarra presentó su ambicioso proyecto de formación en gestión clínica de la mano de su impulsor, el Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos.

La gestión clínica es una de las líneas estratégicas del Colegio de Navarra, explicó el Dr. Lafuente. Comenzó en el año 2013 con un ciclo de conferencias en las que participaron reconocidos expertos como Rafael Bengoa, José Ramón Repullo o José Soto Bonel. El interés despertado tras la iniciativa, llevó al Colegio a organizar el primer curso básico de gestión clínica para la formación de sus médicos, que ha continuado en años sucesivos con otros cursos sobre gestión clínica por procesos.

En la actualidad, se imparte un plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (CADUGC), que ha tenido gran éxito entre los colegiados, alcanzando las 60 preinscripciones, lo que ha obligado al Colegio a organizar dos grupos.

En total, 130 médicos han participado en las actividades de formación y unos 250 en las conferencias con expertos (lo que supone un 11% de la colegiación).

El Colegio de Médicos de Navarra está liderando la formación en este ámbito, ha firmado un acuerdo con el Departamento de Salud para el desarrollo de la formación en gestión y forma parte de la Comisión de Gestión Clínica impulsada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. También ha elaborado un documento de posicionamiento que marca las directrices y bases de un modelo de autogestión y evaluación clínica.

"Este Colegio de Médicos seguirá apostando en esta línea que ya está dando frutos –subrayó Alberto Lafuente–, acercando la formación en gestión a los médicos y siendo lugar de encuentro para el debate. En el futuro queremos crear un área de gestión en colaboración con otros actores (administración, universidades, etc). Este es un proyecto dinámico, que se irá amoldando a las necesidades de la Medicina y la sociedad".



COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

puntos claves y estratégicos

Las conclusiones extraídas de los ocho temas abordados en la V Convención, marcarán las líneas estratégicas de la Organización Médica Colegial (OMC) para los próximos dos años.

1.- Tratados de libre comercio

Los Tratados de Libre Comercio negociados por la UE deben excluir explícitamente, todo aquello que afecte a los Sistemas de Salud porque podría causar un deterioro de los sistemas sanitarios europeos.

Además, los derechos y beneficios de las patentes no pueden estar por encima de los resultados en salud ni del valor de la vida.

También se destacó que las Órdenes Médicas deberían tener una sola voz en el ámbito de la UE a la hora de defender estas posiciones.

2.- Formación médica

Las distintas etapas en la formación del médico es un proceso siempre inconcluso: la formación de grado y de master, la formación especializada post grado, la formación médica continuada (FMC) y desarrollo profesional continuo (DPC), no están articuladas ni coordinadas adecuadamente. Asimismo, estructuras como el Foro de la Profesión Médica son claves para conseguir este objetivo.

Por otra parte, en la nueva realidad social es imprescindible mejorar los contenidos y la calidad de la formación, con especial atención a las competencias huérfanas y a la integración de ciencia y humanismo médico.

3.- Ejercicio libre de la Medicina

La figura del médico de ejercicio libre está en vías de extinción. Los elementos que hacen retroceder la imagen clásica del médico de ejercicio libre en su propia consulta son, principalmente, la dependencia de las compañías aseguradoras que marcan los honorarios al límite de cubrir costes y la escasa o nula formación empresarial del médico. A esto se añade la necesidad de tecnología cada vez más cara en algunas especialidades, las dificultades burocráticas, y los elevados costes de apertura y mantenimiento de las consultas.

Para evitar la desaparición del ejercicio libre es necesario que los colegios de médicos y la OMC se impliquen más en la defensa del profesional médico, defendiéndolo y apoyándolo en la relación asimétrica que mantiene con las compañías aseguradoras.

4.- Buen quehacer médico y hecho intercultural

En el mundo globalizado actual hay que apostar por la interculturalidad, que supone una relación respetuosa entre culturas, basada en la aceptación en la diversidad, lo que debería conducir a un enriquecimiento mutuo. Es un proceso no exento de conflictos de todo tipo: profesionales, de actitud, educacionales, deontológicos, éticos y asistenciales, en los que el buen quehacer del médico en el ejercicio de la Medicina es puesto a prueba.

El médico es un agente clave en el hecho intercultural, pues dada la implicación tan importante de la salud como concepto global de bienestar, la integración y asistencia al inmigrante se convierte en un síntoma de la multiculturalidad de un país y de su preparación para la aceptación de la diversidad.

Se muestra esencial desde el ámbito formativo y profesional de los colegios de médicos y de las administraciones sanitarias, desarrollar habilidades y auxiliar en competencias que se han mostrado básicas en el abordaje del hecho intercultural.



5.- Reformas en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

La crisis económica ha supuesto un empeoramiento de la financiación y han sido los profesionales, especialmente los médicos, los que con su esfuerzo han conseguido mantener las bases del SNS. Con la salida de la crisis se hace necesaria una coordinación y mayor liderazgo del Estado que garantice la equidad y la sostenibilidad del SNS.

Es necesaria una comisión parlamentaria técnica y experta para revitalizar el SNS, manteniendo las características del modelo actual y llegar a un Pacto de Estado por la Sanidad con unas reglas de juego claras que despolitice y haga posible el consenso en un sector tan importante para los ciudadanos.

En los nuevos modelos de gestión se hace imprescindible contar con los profesionales, especialmente los médicos, dotándolos de las herramientas y la autonomía necesaria en su ámbito y evitar las disfunciones inherentes a la situación actual de politización extrema de los cargos de gestión.

6.- Seguridad del paciente y responsabilidad profesional

Las desfavorables condiciones de trabajo de los médicos, la precariedad laboral y el exceso de carga asistencial son aspectos especialmente negativos que, en buena medida, aumentan el riesgo de debilitar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

A la masificación se debe oponer la humanización del trabajo de los médicos para colocar al paciente en el lugar que le corresponde, que es el centro del sistema sanitario.

7.- Futuro de la Organización Médica Colegial

Los Colegios de Médicos, en cumplimiento de sus obligaciones con los ciudadanos y con los médicos, deben denunciar aquellas situaciones que afecten al ejercicio profesional, a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la asistencia.

La estructura actual del Consejo General de Colegios de Médicos de España está basada en la existencia de Colegios provinciales de Médicos. La aparición de Leyes autonómicas de Colegios profesionales recoge la creación de los Consejos Autonómicos de Colegios de Médicos con funciones específicas en su ámbito de competencia, pero no son causa suficiente que justifique por sí misma la modificación del actual marco de representación profesional.

8.- Uso de medicamentos

Los medicamentos curan y alivian enfermedades, pero también comportan riesgos y costes que hay que considerar. Muchos de los problemas de salud tienen un abordaje preventivo y social, no farmacológico, y ésta estrategia debe potenciarse.

En muchas situaciones, el elevado precio del medicamento no está en consonancia con las posibilidades del SNS ni con su valor clínico.

Los gobiernos deben replantearse nuevas fórmulas que garanticen el acceso al medicamento de alto valor clínico y, por otro lado, el mantenimiento sostenible del SNS. Ante cualquier divergencia en los objetivos planteados debe primar el mantenimiento de la salud del paciente y del SNS amenazado.

Seleccionar el medicamento más adecuado a las necesidades de cada paciente supone un ejercicio de elección clínica, ética y profesional.

Sin una buena relación de confianza médico-paciente es difícil mantener la adherencia al tratamiento.



Actividades de la Junta Directiva

EL COLEGIO DE MÉDICOS TIENE YA CUENTA EN LINKEDIN

El Colegio de Médicos de Navarra ha abierto un perfil en la red social LINKEDIN, que se añade a las herramientas que ya dispone para la comunicación con los colegiados y la sociedad.

Os animamos a seguir la actualidad colegial, profesional, científica y sanitaria a través de los canales del Colegio de Médicos de Navarra en Twitter @MedenaColegio, Youtube, Isuu y ahora LinkedIn, a los que podéis acceder a través de la página web (www.medena.es).

Asimismo, recomendamos a los colegiados actualizar sus cuentas de correo electrónico para garantizar el envío de toda la información colegial, boletines de noticias y dossier semanal de prensa. Para ello, pueden acceder vía online a la ventanilla única de la web colegial www.medena.es (previamente hay que solicitar las claves para su acceso) o enviar un correo a la siguiente dirección: admon@medena.es

Con el fin de informar a los colegiados de todas las actividades de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de actividades de la Junta.

En este número de Panacea se publican las que han tenido lugar durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de este año.

Fecha	Descripción	Asistentes
Octubre 2016		
Lun, 3	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Lun, 10	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Vie, 14	Pleno y Asamblea OMC	Presidencia
Sáb, 15	Pleno y Asamblea OMC	Presidencia
Lun, 17	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Jue, 20	Inauguración Asamblea Estudiantes Medicina	Presidencia
Lun, 24	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
Lun, 24	Reunión con AMA	Comisión Permanente
Mar, 25	Entrega del VII Premio Doctor Sánchez Nicolay	Junta Directiva
Jue, 27	Inauguración Plan CADUGC	Vicepresidencia
Lun, 31	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Noviembre 2016		
Jue, 3	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Lun, 7	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Jue, 10	Taller CADUGC 1	Vicepresidencia
Vie, 11	Pleno y Asamblea OMC	Presidencia
Vie, 11	V Convención de la Profesión Médica	Presidencia, [+]
Sáb, 12	V Convención de la Profesión Médica	Presidencia, [+]
Lun, 14	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Mar, 15	Entrega V Beca Senior	Presidencia
Mie, 16	Recepción a los estudiantes de Medicina	Junta Directiva
Lun, 21	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
Mar, 22	Inauguración Jornadas SEMES	Vicepresidencia
Jue, 24	Seminario de Actualización en Traumatología	Secretaría
Lun, 28	Comité de Dirección	Comisión Permanente
[+] Vicepresidencia, Vocal Medicina Extrahospitalaria, Comisión Deontológica, Asesoría Jurídica y Gabinete de Prensa		
Diciembre 2016		
Lun, 5	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Mie, 7	Presentación Clúster Navarra Health Tourism	Gerencia
Mie, 7	Reunión con María Chivite (PSN)	Comisión Permanente
Lun, 12	Seminario de Actualización en Traumatología	Secretaría
Lun, 12	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Mar, 13	Fiesta anual Médicos Jubilados	Presidencia y V.Jubilados
Mie, 14	Taller CADUGC 2	Vicepresidencia
Jue, 15	Entrega premios Concurso de dibujos	Presidencia
Jue, 15	Reunión Panacea	Comité de Panacea
Lun, 19	Toma de posesión Junta Directiva	Junta Directiva
Mar, 20	Entrega IX Beca Dr. Ignacio Landecho	Presidencia



Carmen Ezpeleta y Pablo Aldaz,
coordinaron el curso.

Curso sobre Microbiología clínica para Atención Primaria

Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, que no respetan fronteras

■ IDOIA OLZA

Durante dos días, 21 y 22 de noviembre, se celebró un curso sobre Microbiología Clínica para Atención Primaria, que fue coordinado por la Dra. Carmen Ezpeleta, jefa del Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra, y el Dr. Pablo Aldaz, especialista en Medicina Comunitaria, del centro de Salud San Juan.

Según explicó Carmen Ezpeleta, en el Servicio de Microbiología Clínica se realiza el diagnóstico etiológico de las enfermedades infecciosas, se estudia la sensibilidad a los antibióticos, los mecanismos de resistencia a los antimicrobianos y la vigilancia de los microorganismos productores de infecciones, tanto nosocomiales como comunitarias, que se declaran a los servicios de Medicina Preventiva y al Instituto de Salud Pública de Navarra (ISPLN).

Sobre las enfermedades infecciosas, señaló que "no se ha cumplido el pronóstico que auguraba el final de estas enfermedades, porque mientras algunas disminuyen o desaparecen, surgen otras nuevas y aumentan algunas que se consideraban controladas. Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes no respetan fronteras y se extienden por todo el mundo".

Enumeró algunas de las enfermedades emergentes infecciosas de los últimos años: "el VIH; la enfermedad de Lyme transmitida por garrapata; el

síndrome del shock tóxico; la hepatitis C; el síndrome pulmonar por hantavirus; la erlichiosis humana; la fiebre hemorrágica venezolana; la angiomatosis bacilar; la fiebre hemorrágica brasileña; la fiebre hemorrágica por el virus Ébola en África; la fiebre de Lassa y la colitis hemorrágica con síndrome hemolítico urémico debida a los E.coli enterohemorrágicos". Además, también la infección debida al virus del Nilo Occidental, que crece y se propaga de un ave a otra a través de mosquitos infectados. En 2016, se produjeron en la Unión Europea 206 casos en humanos, y en países cercanos, 263. También destacó la enfermedad por los virus Zika, dengue y Chikungunya, relacionadas con viajes a zonas endémicas, dentro de las infecciones importadas.

Señaló la importancia de las resistencias a los antibióticos y los microorganismos multirresistentes como una infección emergente, y a las bacterias productoras de Carbapenemasas, como el nuevo mecanismo de resistencia más recientemente detectado en nuestro medio.

Se revisaron los métodos de diagnóstico microbiológico disponibles y las últimas tecnologías incorporadas en el Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra "como la identificación de microorganismos por espectrometría de masas MALDITOF y las técnicas de microbiología molecular como la PCR y sus aplicaciones al diagnóstico microbiológico en Atención Primaria".

Importante papel
de los médicos de AP

Asimismo, en su exposición, enumeró los objetivos generales que se marca el Servicio de Microbiología Clínica con este curso dirigido a médicos de Atención Primaria: "revisar y actualizar los conocimientos sobre el uso, indicación y resultados de las pruebas microbiológicas para el diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la patología infecciosa prevalente o de mayor complejidad, para mejorar la calidad de la indicación, la obtención de muestras y la eficiencia del diagnóstico para el tratamiento de la infección".

Destacó el papel de los médicos de Atención Primaria en el diagnóstico de las infecciones: "muchas infecciones si no las sospechan y las diagnostican los médicos de Primaria van a permanecer ocultas".

En el curso, se revisaron patologías infecciosas que están mostrando cambios en cuanto a la epidemiología del agente infeccioso, en los algoritmos diagnósticos y los nuevos protocolos recomendados para su diagnóstico microbiológico y manejo clínico como las infecciones de transmisión sexual (ITS), HIV, hepatitis A, B, C, D y E y las indicaciones de diagnóstico por PCR en Atención Primaria.

En su opinión, es conveniente, además, "revisar criterios de indicación, obtención y manejo de muestras y resultados previsibles en el manejo de patología infecciosa prevalente en Atención Primaria: toma de muestras, ITU, Infección respiratorias, Quantiferon, Gastroenteritis". Y, por último, "conocer las variaciones epidemiológicas respecto a los agentes infecciosos en nuestro medio y los cambios que se están registrando en la presentación clínica de la enfermedad y en los resultados del diagnóstico microbiológico de estos agentes".



Taller de recursos 2.0 en la práctica médica

Aplicaciones móviles para médicos, útiles y seguras



POR LA DRA. MARTA MUNIESA.
MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE PAMPLONA.

El pasado mes de octubre, los días 18 y 25, tuvo lugar el Curso sobre Aplicaciones móviles para médicos. El objetivo era acercar las aplicaciones a sus potenciales usuarios y posibles prescriptores de las mismas.

Vimos las similitudes entre el formato digital y el clásico: correo postal frente al electrónico, libros o revistas en papel frente a multitud de fuentes de información digital, pero sobre todo se habló de la importancia de valorar la información contenida. Recordamos cómo el aumento de la velocidad de publicación nos llevó de los libros a las revistas, y constatamos cómo el actual formato digital de éstas pone a nuestro alcance muchas más que cualquier biblioteca en papel. Hablamos de la dificultad de clasificar las aplicaciones y de la falta de referencias ordenadas que nos permitan encontrar la que puede adaptarse mejor a nuestras necesidades.

Sobre el documento "Libro verde de la Salud Móvil" publicado en 2014 por la Comisión Europea, revisamos la definición, el pasado y futuro próximos de la salud móvil (o



Asistentes al curso

"mHealth"), coincidiendo con sus conclusiones sobre la necesidad de desarrollar legislación propia para estos nuevos métodos, la importancia de la seguridad en el manejo y custodia de los datos obtenidos, las dificultades que la falta de interoperabilidad acarrea y la conveniencia de medir la utilidad y seguridad de las propias aplicaciones.

Con mirada crítica

Como método de análisis de información médica en internet, y por tanto también de las aplicaciones móviles, se recomendaron las indicaciones de la fundación Health on the Net (HONcode) y de la Agencia Andaluza de Calidad Sanitaria (distintivo AppSaludable), quienes recuerdan especialmente la importancia de revisar con espíritu crítico:

- Quién publica la información: deben figurar claramente el/los autores.

- Cuándo se ha actualizado: la información debe ser supervisada periódicamente y dejar claro cuándo se ha realizado la revisión. No debemos confundir la actualización de la aplicación (software) con la de la información que contiene.
- En base a qué: el origen de la información presentada debe quedar claro mediante la bibliografía pertinente. También deben constar, si hubiera, posibles conflictos de intereses.
- Nuestro propio criterio médico nos debe ayudar igualmente a decidir si la información es relevante y/o apropiada para nuestras necesidades o las de nuestros pacientes.
- Como garantía adicional, la presencia de sellos, certificados (AppSaludable en APPs, HONcode en webs) o el respaldo de sociedades científicas, asociaciones de pacientes u otros grupos acreditados.
- Seguridad de los datos: deben mostrar el destino y uso que se dará a los datos que soliciten.

Cómo mejorar la seguridad

El ingeniero informático Neil Revilla nos explicó la creciente relevancia de la "mHealth" así como la potencial utilidad de los recursos en la red. Nos dio pautas sobre cómo mejorar la seguridad de nuestros dispositivos: apagar WiFi, GPS y Bluetooth cuando no están en uso, evitar las redes WiFi gratuitas masivas, instalar –para dispositivos sin iOS- un software antivirus y antimalware, realizar periódicamente copias de seguridad así como la importancia de mantener actualizadas las aplicaciones instaladas. Nos explicó la existencia de redes sociales específi-

cas para profesionales (Linkdin) y para médicos (ResearchGate, Doximity) y finalmente, comentamos la existencia y buen uso de los blogs que también los médicos podemos hacer.

Al final de la sesión, vimos algunos recursos para la búsqueda de aplicaciones móviles con vistas a la realización del ejercicio práctico:

- Directorio europeo de aplicaciones móviles de Salud (2012 -2013) y su actual ubicación en formato web: "myhealthapps.net".
- Catálogo de aplicaciones móviles acreditadas con el distintivo andaluz.

- Informe de las 50 mejores Apps de salud en español (The App Date).
- Web de APPdemecum.com

En el segundo día del curso, revisamos algunas de las aplicaciones móviles evaluadas por los asistentes, siguiendo las siguientes pautas: datos del recurso, características, recomendación de uso.

Sabiendo que hay muchas más aplicaciones con gran potencial y conociendo que todas son evaluables con nuestros propios criterios, esperamos haber aproximado un poco los amplios bordes de la brecha digital.

Aplicaciones para dispositivos móviles

(la Tabla completa está colgada en la web del Colegio de Médicos www.medena.es).

IdT	Datos del recurso	Características	Recomendación de uso
1	http://www.policlinicaguadalupe.com/es	Web. Blog/servicios.	Médicos.
2	DosisPedia, en App Store	Google play, iOS 8 o >; Gratuita >5000 usuarios, Alta valoración.	Médicos. Búsqueda de productos, cálculo de dosis.
3	enGuardia en Google Play y App Store	iOS y Android. Hasta 10.000 descargas.	Médicos. Ayuda en toma de decisiones: diagnóstico, tratamiento.
4	Eye Handbook, en Google Play	iOS y Android. >600.000 descargas, bien valorada. Gratuita, con publicidad. En inglés. Requiere registro para algunas funciones.	Especialistas en Oftalmología. Enlaces a sociedades y publicaciones, calculadoras, Atlas, Pruebas, Manual EHB (patología más común), material educativo para pacientes.
5	idoctus en Google Play y App Store	iOS y Android. Gratuita para prueba, idoctus plus: 50-55 €. Bien valorada.	Médico. Apoyo en consulta: actualizaciones, bases de medicamentos, interacciones, herramientas de cálculo, Retos diagnósticos.
6	Psicofarma, en App Store	iOS y Android. Gratuita. 5.000 descargas.	Médico. Información médica sobre tratamientos.



IdT	Datos del recurso	Características	Recomendación de uso
7	drawMD Patient Education for Health	iOs. Versión gratuita y versión profesional de pago (9,99 €/mes). En inglés.	Médico. Plantillas de información para pacientes que se puede enviar por correo-e.
8	ECG Práctica en Google Play	iOs y Android. 50.000 – 100.000 instalaciones. Gratuita. App incluida en proyecto Appteca..	Médico. Interpretación ECG en tiempo real.
9	Guía de productos NM en Play Store con código activación facilitado por un laboratorio (Nutrición Médica)	iOs y Android. Gratuita.	Médico. Vademecum de productos de Nutrición Médica. Búsqueda por PA, patología, comorbilidad o situaciones especiales. Apoyo a la prescripción/situación clínica del paciente.
10	SonoAcces 2.0	iOs y Android. Gratuita. En inglés. 10.000 Descargas. Buena calificación.	Médico. FMC: Videos de ecografía, galería de imágenes, casos clínicos...
11	iTOX	iOs. De pago (21,99 €).	Médico. Exclusivo. Urgencias por intoxicaciones. Adultos y niños.
12	Podómetro	Android. 10-16 millones descargas. Gratuita.	Publico. Vida saludable: registra pasos, consumo calorías, distancia, tiempo...
13	Medsite Sante	Android. 3.9/5 puntuación calidad.	Bienestar y salud. Médico/paciente Diferentes patologías.
14	Urgencias Extrahospitalarias	Android y PC. 1 millón de descargas. Puntuación 4,6/5.	Médicos: Urgencias médicas, tablas, algoritmos...
15	Fotoskin	iOs y Android. Appdemecum. Gratuita.	Médicos y pacientes. Control de lesiones dérmicas.
16	Estrategias terapéuticas en medicina de Urgencias 3.0	Acceso navegador: iPhone, iPad –iPad touch. iOs 6.0 y posteriores Precio: iOs: 6,99€; Android: 7,25 €.	Médicos de urgencias y médicos en formación. Indicaciones. terapéuticas en urgencias, centrada en patologías más graves y que requieren decisiones rápidas.

IdT	Datos del recurso	Características	Recomendación de uso
17	Estrategias terapéuticas en medicina de Urgencias 3.0	iOs, Android y Windows Gratuita. Distintivo App Saludable 6/2013. Partes "Premium" por suscripción temporal de pago.	Médicos con ejercicio en España. Datos colegiado, claves acceso.
18	Eye emergency manual	Google play store. iOs y Android. >10.000 descargas. Recomendada: Top 10 emergency Apps en imedicalapps.com. Gratuita. En inglés.	Uso Médico en consulta. Signos, síntomas y gestión de emergencias oculares más comunes..
19	Cardio companion	Apple store. iOs y Android. NO constan suficientes valoraciones. Gratuita. Inglés.	Médicos. Patología cardiovascular.
20	DosisPedia.	Google Apple Store iOs y Android >100.000 descargas. Valoración 4,5/5. Gratuita.	Médicos que atienden niños.
21	Catch my pain (Diario del dolor y medicamentos).	App store. iOs 6.0 o superior. Gratuita. Opción a compra dentro de la App.	Médico y paciente: El paciente describe el dolor (crónico) (localización, temporalidad..). Uso: • Mejora de tratamiento mediante seguimiento. • Investigación y tto dolor crónico.
22	Calculate by QxMD	Google play. iOs, Android, Windows. Gratuita. Inglés. 500.000 descargas.	Uso médico. Calculadoras clínicas y herramientas de apoyo a la decisión clínica.
23	PDM	iOs, Android en App smartphone medicina. Gratuita.	Pedimecum: principios activos de uso común en pediatría.
24	Medscape	Playstore, Android. Un millón de descargas, valoración 4,4/5. Gratuita, en Inglés.	Médico. Información sobre medicamentos, patologías, procedimientos clínicos.
25	QxMD Calculate	En Google play, Android. >500.000 descargas.. Gratuita. Inglés.	Médico. Calculadoras de uso diagnóstico en diversas patologías. Calculadoras de dosificación y pautas.

Seminario de Actualización en Traumatología y Cirugía Ortopédica

POR EL DR. JULIO DUART.

TRAUMATÓLOGO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.

Durante el cuarto trimestre del año se han organizado, en el Colegio de Médicos de Navarra, los seminarios de Actualización de Traumatología y Cirugía Ortopédica en patología de cadera (24 de noviembre) y pie-tobillo (12 de diciembre).

El programa de actualización ha estado dirigido por el Dr. Ángel M Hidalgo Ovejero (jefe de Servicio de COT del CHN) y coordinado por los Dres. José Javier López Blasco (jefe de Sección de Patología Cadera), Gregorio Garralda (jefe de Sección de Patología del Pie) y Julio Duarte.

El objetivo de la actividad ha sido la revisión de protocolos de estudio, diagnóstico y tratamiento de la patología de cadera que genera mayor demanda en niveles asistenciales primarios para la revisión de la epidemiología, presentación clínica, criterios diagnósticos, manejo clínico y criterios de derivación al nivel especializado.

En Navarra, según los datos del año 2014, la patología del aparato locomotor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria. La actividad realizada por esta patología representa hasta el 13% de los nuevos episodios y el 12% en visitas sucesivas. Se estima que es el primer motivo de derivación a especialistas.



↑ Los alumnos revisaron los protocolos existentes.

↓ Los Dres. Gregorio Garralda, Julio Duarte y Ángel Hidalgo, en la presentación del Seminario.



Revisión de protocolos

Durante el Seminario se han revisado seis áreas de patología en los planes de formación 2016 a 2018: cadera, tobillo-pie, raquis, traumatología pediátrica, rodilla y extremidad superior.

La metodología empleada ha sido la de resolución de casos clínicos guiada con cuestionarios de opción múltiple (mediante Clickers) y la exposición de ponencias. Los docentes en el seminario de patología de cadera han sido el Dr. Valentín Baranda, el Dr. Juan José Sánchez Villares, el Dr. Juan Pablo Seminario y el Dr. Javier Ruiz, todos ellos especialistas de la Sección de Cadera del Complejo Hospitalario de Navarra. El Seminario de patología de pie y tobillo fue impartido por el Dr. Gregorio Garralda, el Dr. Andrea d'Arrigo y el Dr. Juan Albiñana.

Según las encuestas de satisfacción, los seminarios han resultado muy satisfactorios, tanto en adecuación de contenidos como en la metodología, organización y el cuadro docente. La mayoría de los asistentes consideran útil lo aprendido y de una gran aplicabilidad a su práctica diaria.

En general, la mayor parte de la patología del aparato locomotor se puede valorar y diagnosticar mediante una correcta anamnesis y exploración física. Además, tanto el manejo terapéutico en Atención Primaria como la adecuación de la interconsulta especializada, pueden beneficiarse enormemente de la formación permanente y actualizada de los médicos de Atención Primaria. La actualización en conocimientos sobre epidemiología, patología prevalente, criterios diagnósticos y de valoración clínica y recursos terapéuticos, mediante la revisión de protocolos de manejo clínico entre Médicos de Familia y Especialistas en Cirugía Ortopédica y Traumatología, creemos que mejorará la capacidad resolutoria en el primer nivel asistencial y la calidad de la derivación al nivel especializado.

Ciclo Salud de los pies a la cabeza:

Inestabilidad de rodilla en Atención Primaria

POR EL DR. ÁNGEL RECARTE.
DIRECTOR MÉDICO DE MUTUA NAVARRA.

¿A quién no le ha dolido en algún momento la rodilla porque ésta le ha hecho un mal gesto? La rodilla, después del tobillo, es la articulación que con más frecuencia se lesiona. Y son las lesiones de ligamentos las más frecuentes.

La obsesión por el culto al cuerpo y el incremento en la actividad deportiva a niveles de extrema intensidad y riesgo han aumentado de forma exponencial las lesiones ligamentosas de rodilla y su coste económico.

Una lesión de ligamentos mal diagnosticada o incorrectamente tratada evolucionará a una artrosis precoz de rodilla, con el consiguiente menoscabo funcional para el paciente. Sólo un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento llevarán al éxito terapéutico y a evitar la degeneración precoz de la rodilla. Sin embargo, a día de hoy, seguimos muy lejos de conseguir estos objetivos. Hasta un 30% de pacientes son examinados por un cirujano ortopédico antes de llegar a un diagnóstico correcto.

Las primeras horas tras producirse la lesión son el momento ideal para obtener un diagnóstico correcto. Una buena historia y una buena exploración clínicas son más sensibles y específicos que una resonancia magnética para el diagnóstico.

«Una lesión de ligamentos mal diagnosticada o incorrectamente tratada evolucionará a una artrosis precoz de rodilla»

Las lesiones más frecuentes

Las inestabilidades antero-interas son las más frecuentes y las que más interés deparan por su frecuencia, pérdida funcional, evolución hacia la artrosis y coste económico. Así, por ejemplo, la cirugía de Ligamento Cruzado Anterior (LCA) ha sido una de las diez más frecuentes en Estados Unidos en la última década.

Las lesiones del compartimiento interno —Ligamento Lateral Interno (LLI) y Ligamento Oblicuo Posterior (LOP)— se producen por un mecanismo en valgo o varo y rotación externa en mayor o menor flexión de rodilla, que distiende las estructuras internas hasta superar su nivel de elasticidad.

El dolor y la inflamación en la parte interna de la rodilla, tras un mecanismo de estrés en Valgo (VL), nos alertarán sobre la lesión. Las maniobras en VL en extensión y semiflexión nos orientarán al diagnóstico y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y, sobre todo, las Rayos X (RX) en estrés-VL nos lo confirmarán y nos darán información sobre otras lesiones asociadas y la posible evolución de la lesión. La ecografía es una prueba inocua y repetible que puede ser de gran ayuda en el diagnóstico de lesiones del LLI.

Prácticamente siempre, el tratamiento deberá ser conservador mediante un dispositivo que nos evite el VL y nos permita comenzar rápidamente con movilizaciones en Varo (VR).



Las de mayor repercusión

Si las lesiones del compartimiento interno son las más frecuentes, las del LCA son las que mayor coste y repercusión generan. Se producen por mecanismo en VL, flexión y rotación externa, pero sobre todo si añadimos un mecanismo de rotación interna del fémur en un cambio de dirección o caída tras un salto.

La historia clínica que cuenta el paciente —mecanismo, chasquido, impotencia funcional, derrame— nos avisará de la lesión, que confirmaremos con la maniobra de Lachman y pivot-shift. Se ha confirmado que el tratamiento quirúrgico mediante la sustitución con un injerto (actualmente, en casos seleccionados su re inserción) y un adecuado programa de rehabilitación postoperatoria, disminuye la tendencia hacia la artrosis. Y la reduce más que el tratamiento conservador con fisioterapia.

Hemos de tener presentes asimismo las lesiones del ángulo portero-externo y del Ligamento Cruzado Posterior (LCP), aunque son mucho menos frecuentes. Las maniobras del dial-test y del cajón posterior nos ayudarán en el diagnóstico y la RMN nos lo confirmará. La orientación terapéutica debe ser siempre evaluada por el especialista.



Cáncer de mama en la mujer joven

¿una enfermedad huérfana?

■ **DR. MANUEL
GARCÍA
MANERO.**

GINECÓLOGO DEL
HOSPITAL GARCÍA
ORCOYEN (ESTELLA)
Y DIRECTOR
DE LA UNIDAD
GINECOLÓGICA DEL
CENTRO MÉDICO
ITURRAMA.



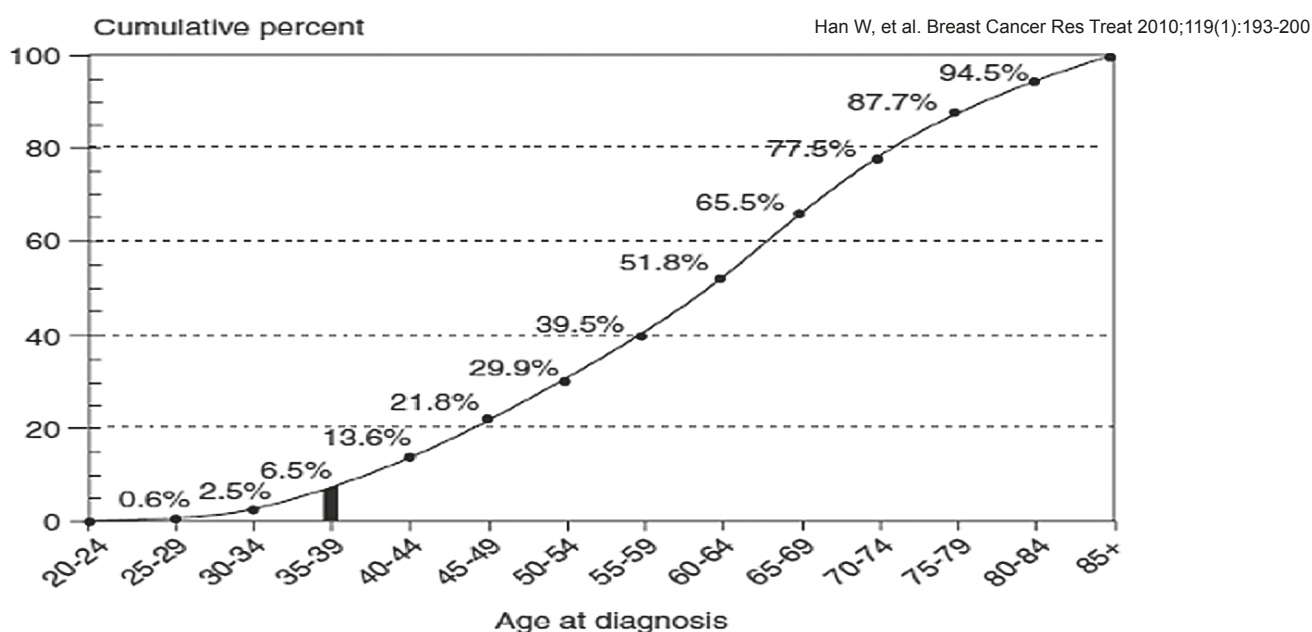
El cáncer de mama es la patología tumoral maligna más frecuente en la mujer en cualquier rango de edad. Los últimos datos epidemiológicos indican que la prevalencia de la enfermedad es de 25.000 casos nuevos al año en España. Obviamente la tasa de cáncer de mama varía según la franja de edad (Figura 1).

Los sistemas sanitarios estatales y de las comunidades autónomas se han enfocado a la prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad en poblaciones de 50 a 69 años de edad. Sin embargo, existen variaciones entre comunidades en lo que se refiere al rango de edad, comenzando algunas de ellas a los 45 años.

La generalización de los programas de detección precoz, junto con una mejora en los tratamientos, han provocado una mejoría en las tasas de supervivencias de las pacientes. Ahora bien, ¿qué ocurre con el grupo de mujeres que se encuentran fuera de los programas de detección precoz, ya sean mujeres jóvenes o mujeres mayores? Con el fin de dar respuesta a esta pregunta nos planteamos el título de este artículo: ¿Estamos ante una enfermedad huérfana?

Figura 1

Cumulative distribution of breast cancer diagnoses by age



El concepto de cáncer de mama en mujer joven no está del todo definido en la literatura, encontrándonos artículos que proponen la denominación de esta patología a todo cáncer por debajo de 35 años, otros por debajo de 40 y otros por debajo de 45 años. En nuestro caso, y como opinión personal, creemos que la franja de edad estaría por debajo de los 45 años dado que a esta edad la mujer se encuentra en plenas facultades físicas, psíquicas y profesionales sin haber llegado a la menopausia y, sobre todo, que estamos ante un grupo de pacientes que no están dentro de los programas de detección precoz.

En la literatura revisada se comenta la posibilidad de que se trate, o bien de un problema de salud pública, o bien de una situación clínica rara que no llega a tener una

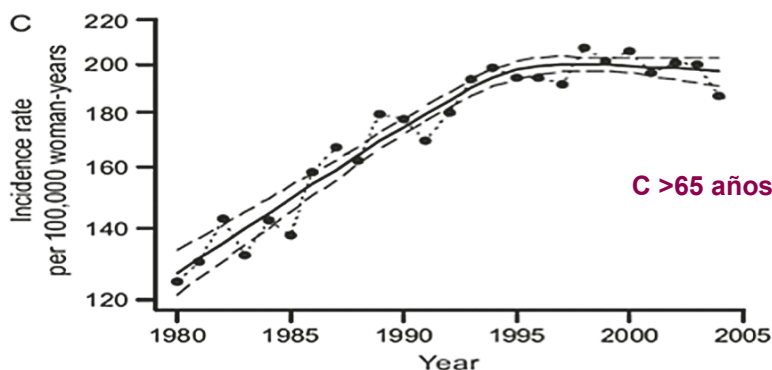
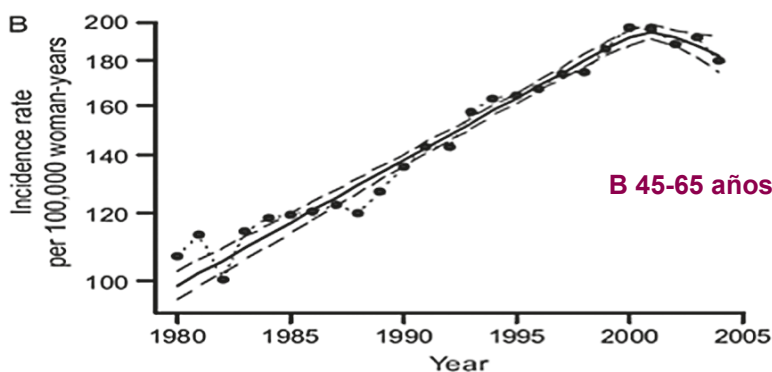
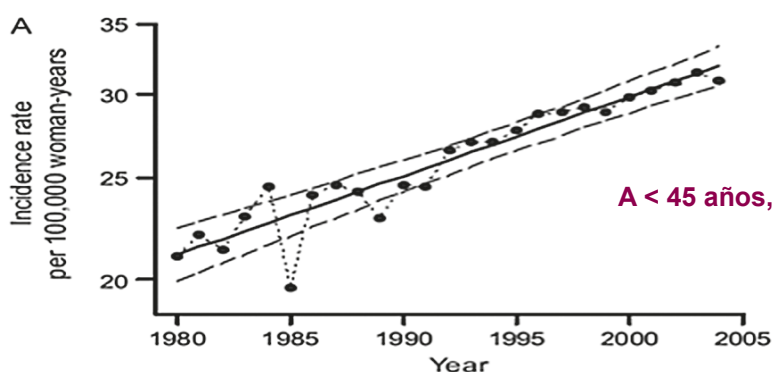
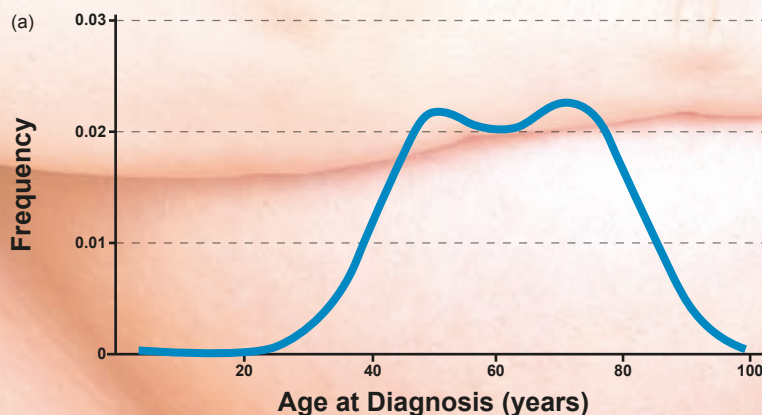
trascendencia epidemiológica importante. Creo firmemente que se trata de una enfermedad con una tendencia al alza y que, desde luego, supone un problema de salud pública debido a las connotaciones especiales que tiene el cáncer de mama en la mujer joven en lo que se refiere al diagnóstico, tratamiento y secuelas para la paciente.

Ante esta nueva, emergente y creciente problemática debemos realizar un esfuerzo en la sensibilización de los profesionales sobre dicha patología y orientarles en que es una enfermedad especial con unas características especiales. No debemos caer en el error de sensibilizar a las pacientes y no sensibilizarnos nosotros, los profesionales. Si no pensamos en una enfermedad nunca la diagnosticaremos.

«El cáncer de mama en mujeres menores de 45 años supone el 13% de todos los casos diagnosticados en España»

Incidencia del cáncer de mama

En las gráficas sobre cáncer de mama en función de la edad que, a continuación publicamos, podemos observar, sin ser alarmistas, una tendencia al alza del cáncer de mama en mujeres menores de 45 años. Por eso es conveniente desarrollar grupos de trabajo que nos permitan mejorar y ser más eficientes en el diagnóstico y tratamiento de estas situaciones.



Biología del cáncer de mama en la mujer joven

El motivo de diferenciar el cáncer de mama en función de la edad de la paciente no es un mero capricho sino que atiende a razones científicas. A esta edad, nos encontramos con un tipo de tumor de características especiales y con un mayor número de tumores triple negativos, peor diferenciados y estadios más avanzados por presentar un mayor índice de replicación celular. Además, no se nos debe olvidar la posibilidad de un riesgo genético inherente por lo que debemos ofrecer a la paciente la posibilidad de realizar test de detección de Brca 1.2.

Factores epidemiológicos

Sería muy osado por mi parte discutir sobre los factores de riesgo de desarrollar cáncer de mama y en qué medida contribuyen. Sin embargo, sí quisiera hacer una reflexión sobre la presencia de los disruptores endocrinos y cómo están relacionados con las enfermedades estrógenos dependientes, como el cáncer de mamá o la endometriosis, en las que la incidencia ha aumentado en los últimos años. Se definen como sustancias químicas capaces de alterar el equilibrio hormonal, actuando a dosis bajas por múltiples mecanismos de acción.

Tabla 1

ESTIRENO	- Fabricación de poliéstereno y copolímeros de estireno. - Fabricación de pinturas, lacas y barnices. - Industria de papel, pasta de papel y tableros. - Industria de polímeros.
AGROQUÍMICOS Chordanos, Chlordacone, mirex, Trifenilestano, Toxafeno. Lindano, HCB. Linurón. Acetoclor y Alaclor. Maneb, Thiram, Metam, Metam y Zineb. Vinclocin. Atrazina. DDT. Tributilestaño.	- Fungicidas, insecticidas, moluscocidas, herbicida, desinfectantes. - Moluscocida utilizado como agente antiincrustante en barcos, boyas, muelles, etc. - Biocidas en albañilería. - Desinfectante. - Biocida de sistemas de refrigeración, torres de refrigeración de plantas eléctricas, fábricas de papel y pasta, cerveceras, curtidos y fábricas textiles.
PCBs	- Dieléctricos de transformadores y condensadores eléctricos. - Fluidos hidráulicos de maquinaria. - Líquidos de corte. - Plastificante de pinturas, plásticos, selladores y papel autocopiativo. - También se forman como subproductos indeseados en varios procesos industriales y la incineración de residuos es una fuente importante.

Gráfico 1
Mecanismos de acción

Los mecanismos de actuación de los disruptores endocrinos estudiados hasta la fecha son:

- Mimetizar la acción de las hormonas, por ejemplo, los que actúan como estrógenos se denominan estrógenos ambientales, entre éstos se encuentra el DDT, algunos PCBs y muchos fitoestrógenos.
- Antagonizar la acción de las hormonas, por ejemplo, los antiestrógenos o anti-andrógenos.
- Alterar su patrón de síntesis y metabolismo.
- Modular los niveles de los receptores correspondientes.

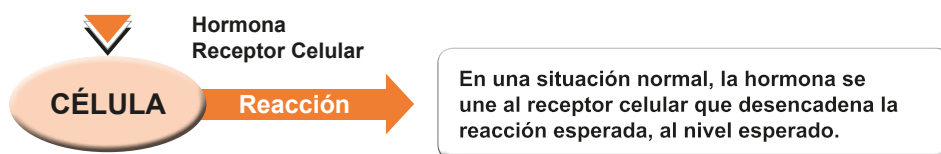
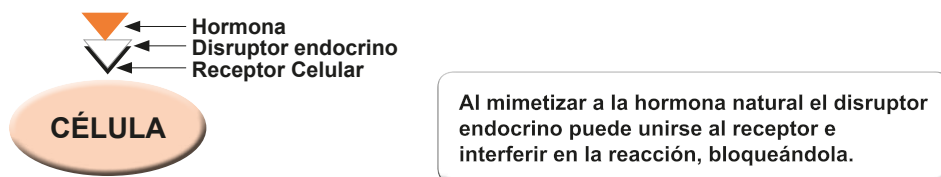
REACCIÓN NORMAL

REACCIÓN BLOQUEADA


Tabla 2: Efectos de los disruptores endocrinos

MUJERES	HIJAS	HIJOS	HOMBRES
• Cáncer de mama • Endometriosis • Muerte embrionaria fetal • Malformaciones en la descendencia	• Pubertad precoz • Cáncer Vaginal • Mayor incidencia de cánceres • Deformaciones en órganos reproductores. • Problemas en el desarrollo del sistema nervioso central. • Bajo peso de nacimiento. • Hiperactividad. • Problemas de aprendizaje. • Disminución del coeficiente intelectual.	• Criptorquidia • Hipospadias • Reducción del número de espermatozoides • Disminución del nivel de testosterona. • Problemas en el desarrollo del sistema nervioso central. • Bajo peso de nacimiento. • Hiperactividad. • Problemas de aprendizaje. • Disminución del coeficiente intelectual.	• Cáncer testicular • Cáncer de próstata • Reducción del número de espermatozoides • Reducción de la calidad de esperma. • Disminución del nivel de testosterona.

¿Se puede mejorar el diagnóstico?

El cáncer de mama en mujeres menores de 45 años supone el 13% de todos los casos diagnosticados en España. De este porcentaje, el 8.4% se concentra entre los 36 y 40 años.

En los últimos años parece existir un aumento en la frecuencia del cáncer de mama en mujeres en edad temprana (0.65% al año). El hecho de que no existan a esas edades programas de cribado, la alta agresividad del mismo y la dificultad en el diagnóstico, debido a la alta densidad del parénquima mamario, hacen que a menudo la mujer consulte cuando la lesión es palpable y en un estadio bastante avanzado.

Conocer las formas de presentación más frecuente del cáncer de mama en mujeres jóvenes y poder detectarlos a tiempo es de crucial interés, dado que, un tratamiento en estadios iniciales es fundamental para aumentar la supervivencia, ya que por lo general es un cáncer mucho

más agresivo que en edades avanzadas. Además, dicho tratamiento sería menos agresivo permitiendo emplear técnicas conservadoras.

Por todo ello, conviene sensibilizar a las pacientes de la posibilidad de presentar esta enfermedad a esa edad para que ante la aparición de síntomas no demoren su atención por el especialista. Por otro lado, podemos concienciar a las pacientes, pero debemos sensibilizar a los profesionales sanitarios de la existencia de esta patología, fundamentalmente a los médicos de Atención Primaria y a los ginecólogos, que son los especialistas que primero reciben a la paciente. Si conseguimos este objetivo, evitaremos que el retraso diagnóstico –que ya de por sí lleva la enfermedad– aumente y, en ocasiones, se duplique llegando a alcanzar el año de retraso.

Clásicamente, se ha considerado que la edad era un factor independiente que se relacionaba con el retraso diagnóstico. El último trabajo de la Dr. Patridge al respecto afirma

que la edad no es un predictor independiente del retraso diagnóstico.

En este grupo de edad, observamos que la mayoría de las pacientes son sintomáticas con la presencia de nódulos palpables. Es por ello que, ante situaciones sospechosas, debemos optar por realizar el triple test que consiste en exploración, estudio radiológico (mamografía, ecografía y resonancia) y punción para llegar a un diagnóstico exacto de la lesión.

Tratamiento quirúrgico

Cuando llegamos al terreno de la cirugía, y basándonos en lo anteriormente comentado con respecto al retraso diagnóstico y la aparición de estadios más avanzados, podíamos pensar que la cirugía conservadora no tiene cabida en este grupo de edad. Sin embargo, este pensamiento, que está tan arraigado en muchos profesionales, debe ser desterrado. Existen hoy múltiples técnicas quirúrgicas de cirugía oncológica que

nos permiten conseguir unos márgenes quirúrgicos libres de tumor. Además, la industria ha desarrollado dispositivos que permiten realizar cirugía selectiva extirpando solo el tumor, utilizando contrastes como verde de indiocianina y realizando la intervención por inmunofluorescencia.

Situaciones especiales de las mujeres jóvenes con cáncer de mama

En el momento del diagnóstico de cáncer de mama, la paciente joven sufre una auténtica tormenta de ideas sobre los aspectos más relevantes de su vida. Se plantea la supervivencia, el tratamiento y las secuelas de los mismos. Hoy en día, y gracias a la mejora de la supervivencia, la paciente no solo piensa en curarse sino que quiere y desea una calidad de vida digna. "Quiere curarse y vivir con dignidad"

Desde mi más humilde opinión, este es el punto donde los profesionales implicados debemos mejorar. ¿Cómo? Institucionalizando una figura reconocida por la OMC, que es la del **médico responsable**. Para definir la figura del médico responsable (MR), es adecuado acudir a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica". En su artículo 3, define al MR como "el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales".

Dicho médico responsable variará según las connotaciones de la enfermedad de cada paciente, es decir,

según pronóstico, estadio y secuelas. Este médico responsable guiará a la paciente en la toma de decisiones sobre situaciones del proceso de seguimiento del cáncer de mama. No abogo por el modelo de medicina paternalista, pero tampoco por el hecho de que sea la paciente la que tome decisiones, en muchas ocasiones, sin estar preparada.

En lo que se refiere al seguimiento y secuelas de los tratamientos, como ginecólogo quiero reflexionar sobre la importancia de esta especialidad en este tipo de situaciones en mujeres jóvenes. Por todos es conocido que, de una manera u otra, las pacientes sufrirán alteraciones en los niveles hormonales como consecuencia de los tratamientos y que es el ginecólogo el profesional preparado para mejorar dicha situación y orientar a la paciente en temas de fertilidad, embarazo, sexualidad, sintomatología menopáusica y osteoporosis.

Conclusiones

El objetivo del seminario realizado en el Colegio de Médicos sobre cáncer de mama en la mujer y de este artículo es crear un grupo multidisciplinar de profesionales implicados no solo en el tratamiento inicial de la enfermedad sino de todos aquellos, que de manera directa o indirecta, participen en el proceso.

Me permito el lujo de crear el logo del Programa y espero que tras la lectura de este artículo os animéis a realizar un nuevo curso sobre este tema dentro de año y medio. ►►►



Jóvenes y Fuertes

Conferencia Jóvenes con Cáncer de Mama
Reunión multidisciplinar
Pamplona 2018



“El **burnout** afecta al 50% de los médicos de urgencias”

Durante los días 22 y 23 de noviembre, el Colegio de Médicos de Navarra reunió a más de 100 profesionales de la urgencia (médicos, enfermería y técnicos) en las XXII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias, organizadas por SEMES Navarra.

Uno de los temas que se debatieron fue el burnout en el personal de urgencias y emergencias, desde el punto de vista de todos los estamentos y que, según el Dr. Iñaki Santiago (presidente de SEMES Navarra), afecta al 50% de los médicos de este ámbito sanitario. Explicó que el burnout es mayor en médicos con más experiencia y que llega a alcanzar, según estudios realizados en 2014, al 89% de los médicos residentes, “posiblemente debido a su poca involucración en el servicio de urgencias al tener que realizar las guardias de forma obligada por su plan de formación”.

¿Por qué se queman tanto y tan fácilmente los médicos de urgencias? fue la pregunta que el Dr. Santiago respondió, atendiendo a factores de tipo personales, laborales, institucionales y sociales. De los factores personales, destacó la insatisfacción

laboral y el exceso de empatía, y de los laborales, el hecho de que un 60% del personal sanitario en urgencias haya sufrido alguna vez una agresión física o psíquica (datos recogidos en Anales del Sistema Sanitario de Navarra y publicados en un monográfico sobre urgencias en el año 2010). Otros factores laborales, relacionados con la organización, son “el trabajo en equipo y el sentimiento de no sentirse reconocido; la alta interinidad en los servicios de urgencias; la atención a demanda y no programada, muchas veces (las más) bajo una alta presión asistencial; y el tipo de turnos (noches y festivos) que convierte la conciliación familiar en una utopía. Ni existe, ni es posible”. Añadió que “la mala organización de la Atención Primaria y Especializada nos salpica directamente, convirtiendo los servicios de urgencia, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, en auténticos puntos de atención continuada”.

Entre los factores sociales favorecedores del síndrome de burnout en los médicos de urgencias destacó “la falta de reconocimiento de nuestra especialidad y la hipertrofia actual del «todo vale» de la población, que utiliza los recursos de urgencias a su antojo y sin un filtro de control”.

El presidente de SEMES Navarra enumeró una serie de medidas preventivas y correctoras como las políticas incentivadoras, la correcta aplicación de recursos y la inversión en formación. Pese a todo, Iñaki Santiago concluyó que, según un estudio realizado en 2010 entre los aspirantes al MIR, el 87% apoyaría la creación de la especialidad, el 9% la elegiría como primera opción y un 40,5% se muestra dispuesto a realizar la residencia en Medicina de Urgencias y Emergencias si existiera. “Sin duda, las urgencias siguen siendo una forma de vida apasionante y excitante”.





Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES Navarra, en la mesa redonda sobre burnout.



El Dr. Alberto Lafuente impartió la conferencia inaugural.



Formación en medicina de Urgencias ¿están las facultades de Medicina implicadas?

El Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra, especialista en Anestesiología y Reanimación de la CUN, y profesor de Urgencias en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, impartió la conferencia inaugural bajo el título “Formación en medicina de Urgencias ¿están las facultades de Medicina implicadas?”. Lafuente señaló que Urgencias es un ámbito en el que es fundamental “el trabajo en equipos multidisciplinares, hoy por hoy casi inexistentes, por lo que deberían potenciarse”.

En su opinión, después de analizar los sistemas de urgencias y la formación de Urgencias que existe en España, y en Europa, enumeró una serie de rasgos que definen las Urgencias en España: “existe una gran variabilidad en los sistemas de urgencias y entre facultades; depende de quién lidere la asignatura (urgenciólogo,

anestesta, intensivista) para que tenga un enfoque u otro; no se siguen las recomendaciones SEMES; las urgencias se basan principalmente en la RCP (es importante, pero no lo es todo); se considera que la medicina de Urgencias tiene entidad suficiente para ser asignatura, pero en la mayoría de las facultades es opcional; y no existe homogeneidad en el porcentaje de prácticas, ni en las evaluaciones finales”.

Otros aspectos que caracterizan la formación de Urgencias, según expuso Lafuente, son “la existencia de mucha formación postgrado, de calidades muy variables y, en ocasiones, muy difícil de controlar; y apenas hay formación en medicina de catástrofe”. En cuanto a metodología docente, se mostró a favor de trabajar en la simulación, en las prácticas, y en todo el campo on-line, olvidando las clases magistrales.

¿Cómo debe ser la formación en Urgencias?

La formación de Urgencias, según la define Lafuente, tiene que tener carácter longitudinal, comenzando al principio de la carrera; debe incluir el estudio de ciencias básicas aplicadas a la Medicina de Urgencias y Emergencias; el desarrollo de habilidades de examen clínico; la experiencia en el uso de procedimientos de emergencia básicos; y la comprensión básica en gestión clínica. “Es fundamental la mejora de la calidad asistencial (qué es y cómo se mide) y, por supuesto, la capacidad de trabajo en equipos multidisciplinares”.

Sobre el futuro, el Dr. Lafuente concluyó que “tenemos que trabajar para conseguir una asignatura homogénea, evitar los sesgos de los líderes en las facultades y seguir las recomendaciones de SEMES”.



La **Dra. Caballín** homenajeadada por los geriatras y gerontólogos navarros

■ **TRINI DÍAZ**

La Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología (SNGG) ha reconocido la trayectoria profesional y humana de la doctora Mai Caballín Yarnoz, médica gerontóloga del Hospital San Juan de Dios de Pamplona hasta su jubilación en el año 2015 y actual presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.

En el marco de su Asamblea General, celebrada el pasado 24 de noviembre, la SNGG entregó a la doctora Caballín una placa en reconocimiento "a su aportación a la Geriatria y Gerontología en Navarra".

Gerontóloga clínica

Desde el año 1977, la doctora Caballín ha desarrollado su labor profesional en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona, primero como especialista en digestivo y endoscopia y años después, tras realizar un Máster de Gerontología en la Universidad de Salamanca, como gerontóloga clínica. En el Hospital San Juan de Dios ha impulsado la rehabilitación del anciano y la rehabilitación en la unidad de cuidados paliativos, "una institución –dijo la homenajeadada– que siempre se ha mostrado sensible a las nuevas necesidades sanitarias que van surgiendo, permitiendo y

apoyando el desarrollo de formas asistenciales adaptadas a la realidad social". Agradeció, asimismo, el galardón a todos los compañeros de profesión porque "cada uno a nuestro nivel, queríamos hacer algo para mostrar y a la vez mejorar el día a día del anciano que, al alcanzar mayor longevidad, se iba transformando". Añadió que "el trabajo con los familiares y con el entorno físico siempre estuvo contemplado en el objetivo inicial que nos planteamos".

Mai Caballín se mostró "muy orgullosa" de ser gerontóloga porque, "al menos como yo la he vivido, la gerontología clínica es un mundo atractivo, innovador, dinámico, útil y muy agradecido. No es un mundo sin problemas, al contrario, los problemas tienden a multiplicarse con el paso del tiempo y el tiempo también pasa para las familias que ayudan a envejecer; la contrapartida es que la experiencia de todos va corrigiendo, equilibrando, suavizando y planteando alternativas a las dificultades que se van presentando". Concluyó animando a los presentes a que "sigan explorando y trabajando el mundo de las personas mayores. A mí me ha aportado la tranquilidad de la labor cumplida y me ha hecho muy feliz".



Entrega de la placa a la Dra. Caballín con la participación del presidente saliente de la SNGG, Dr. Nicolás Martínez Velilla; el superior de la Orden de San Juan de Dios, Gabino Gorostieta; y la gerente y el director médico del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, Patricia Segura y Dr. Fernando Lafuente.

Ética y Deontología

La Dra. Caballín es también máster en Bioética y ha participado en numerosas comisiones, cursos y conferencias sobre ética y deontología médica. Se incorporó en el 2009 a la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra, que preside desde el año 2012.



Francisco Úriz Otano, nuevo presidente de la SNGG



Francisco Úriz Otano, geriatra del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, sustituye a Nicolás Martínez Velilla en la presidencia de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología (SNGG) tras cinco años al frente de la citada sociedad científica.

Junto al cambio en la Presidencia, también se produjeron altas y bajas en la Junta Directiva. Dejaron sus cargos: Álvaro Casas Herrero, geriatra; María Azcona Armiño, trabajadora social; y Concepción Molina Pérez, enfermera.



El relevo se hizo el pasado 25 de noviembre, tras la Asamblea General de socios celebrada en la Casa de Misericordia.



La nueva Junta Directiva está ahora conformada por:

Presidente:

Francisco Úriz Otano.
Geriatra en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Vicepresidenta:

Camino Oslé Guerendiain.
Trabajadora Social y Psicopedagoga.

Tesorera:

María Jesús Beunza Lareki.
Trabajadora Social y Antropóloga.

Secretario:

Juan Francisco Jerez Bernabéu.
Trabajador Social y Gerontólogo.

Vocal:

Francisco Javier Alonso Renedo.
Geriatra en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Vocal:

Manuel Martín Carrasco.
Psiquiatra en la Clínica P. Menni de Pamplona.

Vocal:

Vincenzo Malafarina.
Geriatra en el Complejo Hospitalario de Navarra.



Premio de Investigación namFYC a una comunicación sobre la atención al paciente crónico y pluripatológico

■ IDOIA OLZA

La comunicación titulada “Primeros pasos para integrar la atención al paciente crónico y pluripatológico” recibió el Premio de Investigación a la Mejor Comunicación en la XII Jornada Formativa de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, (namFYC), que se celebró el 11 de noviembre, en la sede del Colegio de

Médicos, y en la que se inscribieron un total de 124 médicos de Familia.

El Premio se entregó, en el acto de clausura, que contó con la presencia del consejero de Salud, Fernando Domínguez, y otros directivos del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. El premio está dotado con 300 euros.

Una jornada que despertó gran interés entre los profesionales, tanto por el número de inscritos (124 médicos de Familia) como por las comunicaciones presentadas, en esta edición han sido 80 (18 trabajos de investigación y 62 casos clínicos y experiencias).

La Dra. Santos Induráin, vocal de Comunicación de la namFYC, destaca “la gran producción investigadora que muestran estos datos. Refleja cómo los médicos de Familia apostamos por mejorar nuestra atención para responder a las necesidades de nuestros pacientes con la mayor calidad posible. Supone un hito. Hay que

tener en cuenta, además, el esfuerzo que conlleva para los profesionales investigar, ya que casi siempre se realiza fuera del horario laboral”.

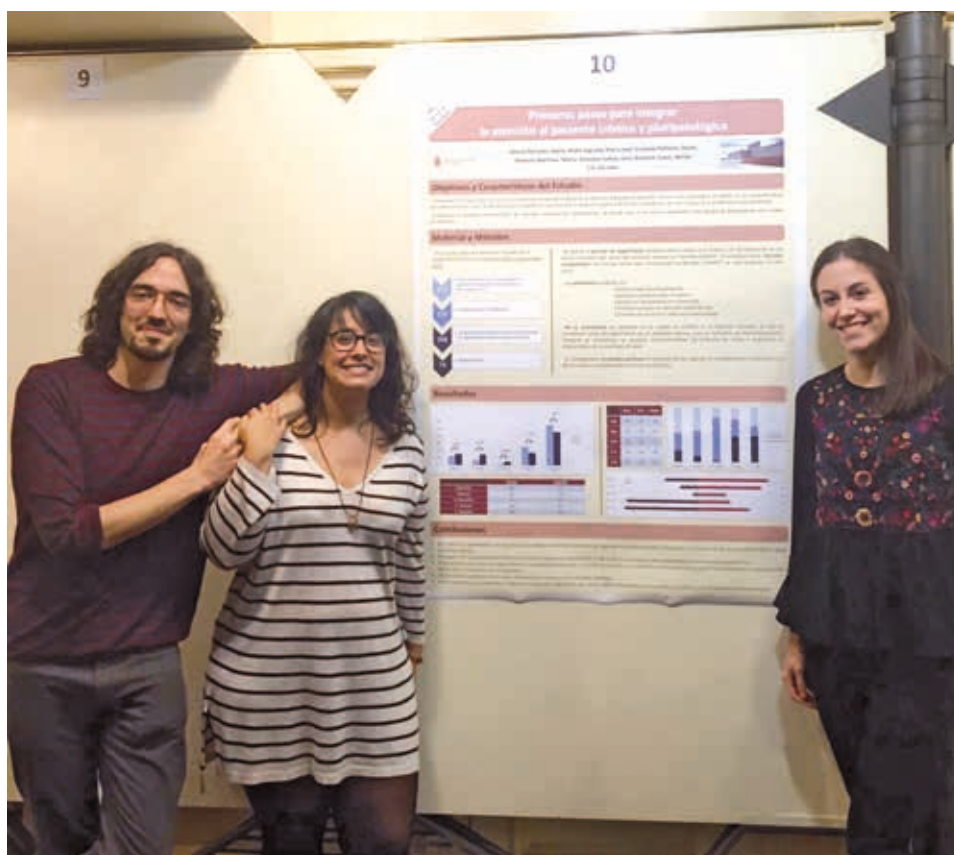
Los autores de la comunicación premiada son: María Yáñez, M^a José Redín, David Escalada, Marta Romano, Sara González, y Mirian Barbarin, todos ellos del Centro de Salud San Juan.

El objetivo del trabajo era comprobar el impacto que tuvo la primera etapa del Programa de atención integrada al paciente crónico y pluripatológico (EUNATE) en los pacientes de la Zona Básica de San Juan. En

concreto, se valoraron cinco parámetros: visitas a Urgencias Hospitalarias, ingresos no programados en planta, ingresos en hospitalización a domicilio, primeras consultas en Atención Especializada y consultas de revisión en Atención Especializada.

Se consideraban resultados positivos el aumento de los ingresos en hospitalización a domicilio, y la disminución o estabilidad del resto de parámetros. Entre las conclusiones, destaca que se produjo un aumento de los ingresos en hospitalización a domicilio y disminución de las consultas tanto nuevas como de revisión.

Tres de los autores de la comunicación titulada “Primeros pasos para integrar la atención al paciente crónico y pluripatológico” que recibió el Premio de Investigación a la Mejor Comunicación: David Escalada, M^a José Redín y María Yáñez, residentes del Centro de Salud San Juan.



Test de intolerancia alimentaria, sin base científica

Además, en la Jornada, se desarrollaron Talleres y Actualizaciones. En lo que se refiere a Talleres, se organizaron cuatro: RCP Básica y manejo de desfibrilador en AP, Patología digestiva más frecuente en AP, Aproximación al abordaje individual del paciente que quiere dejar de fumar, y Claves de una presentación efectiva.

En el Taller de Patología Digestiva, el Dr. Federico Bolado, médico especialista en Aparato Digestivo del CHN,

y el Dr. Vicente Estremera, del Centro de Salud de Chantrea, hicieron referencia a los Test sobre Intolerancia Alimentaria, que tan de moda están en la actualidad, afirmando que "son test que resultan caros y que, además, carecen de evidencia científica".

Sobre las Actualizaciones, se presentó un trabajo realizado por el Grupo de Comunicación y Salud de la namFYC sobre Aplicación de Mindfulness a un colectivo de profesionales de Atención Primaria y cómo ésta puede ser una estrategia de prevención del desgaste profesional (síndrome Burn-Out).

Además, se ofreció una actualización, presentada por el Grupo de Infecciosas de la namFYC, sobre el perfil de resistencias a antibióticos que hay en Navarra en las infecciones respiratorias y urinarias. "Ello nos va a permitir tratar estos procesos tan frecuentes y de tanta importancia para los pacientes (sobre todo en los crónicos) con la mayor calidad disponible", concluye la Dra. Induráin.

Por último, también se expusieron las principales novedades en enfermedades cardiovasculares para Atención Primaria.



¿Cómo debe de ser una Presentación efectiva?

Por su parte, el Dr. Fernando Fabiani habló sobre las "Claves de una Presentación efectiva", una exposición que resultó muy participativa, emocionante y enriquecedora para los asistentes. El Dr. Fabiani, que es comunicador, docente, director de Teatro, y que trabaja como médico de familia en el Centro de Salud de Montequinto, Dos Hermanas (Sevilla) dejó claro, ante un público totalmente entregado y emocionado durante las dos horas que duró su taller, que



"lo principal, cuando se prepara cualquier Presentación, es conseguir que sea excelente, para hacerla mediocre es mejor no hacer nada. Tenemos que pensar que con ella podemos cambiar el mundo, aunque sea un pedacito, y emocionar y conectar con las personas que nos están escuchando. Eso es lo fundamental". Y desde luego, él lo consiguió.

Explicó que la Presentación debe adaptarse a varios factores: a la audiencia ("tenemos que saber quién nos va a escuchar, no podemos seducir a quien no conocemos"); al tiempo ("nunca se debe exceder el

tiempo que tenga asignado la Presentación, y para ello debemos ensayar mucho para tener la certeza de que terminamos en el tiempo, y aún quedan unos minutos para las preguntas); al espacio, (conocer de qué medios dispone el lugar de la Presentación, "tener previsto todos los imprevistos"). También es fundamental, añadió el Dr. Fabiani, que "la Presentación haga pensar y sentir a las personas que están escuchando, mantener la atención, y por supuesto, el inicio de la presentación es primordial, es nuestra tarjeta de visita".



Anima a extender a Navarra los nuevos espacios sin humo y sin vapor que ya funcionan en Euskadi

■ IDOIA OLZA

La nueva Ley de Adicciones vasca impide, desde abril de 2016, el consumo de tabaco en los espacios deportivos al aire libre y la equiparación del vapeo del cigarrillo electrónico en las mismas condiciones que el humo del tabaco. En esa fecha, el Parlamento Vasco aprobaba, casi por unanimidad, esta ley que restringe de forma muy importante el consumo de alcohol y de tabaco.

Los estadios de fútbol del País Vasco (Anoeta, San Mamés, Ipurúa, y Mendizorroza) son, junto con el Camp Nou, los únicos estadios de la Liga Santander de fútbol donde fumar tabaco o cannabis está vetado, al igual que lo está en la Premier League inglesa, en el Torneo de las 6 naciones de Rugby, en las competiciones de la UEFA o en la última olimpiada de Brasil.

Ante este logro de la sociedad vasca, la médico de familia navarra, la Dra. Victoria Güeto, vicepresidenta de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo, anima al Gobierno de Navarra y a Osasuna, en particular, para que incorporen estos avances a la normativa navarra.

La Sociedad considera que la vasca es una de las legislaciones punteras en materia de Salud Pública, tal y como afirma la Dra. Juana Umaran, presidenta de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo.

En el informe que la organización Healthy Stadia ha realizado en los

países UEFA, la evaluación de 2015, refleja que el nivel de cumplimiento de estas normativas saludables alcanzan los 3,9 puntos sobre 5. El deporte genera una onda expansiva para sensibilizar a la población en el daño de humo del tabaco activo pero también del pasivo.

Premios Aire Berri 2016

Poner en valor el modelo vasco de espacios sin humo y extender a Navarra los logros en espacios sin humo de la legislación del País Vasco, fueron los principales objetivos de la V Jornada Aire Berri 2016, que se celebró el pasado 18 de noviembre en Donosti.

La Sociedad, en el transcurso de la Jornada, entregó el premio Aire Berri sariak a la Asociación Francesa DROITS DES NON FUMMEURS cuya directora, María Cárdenas, ha liderado el proceso social del paquete neutro o paquete plano de tabaco. El Gobierno de Francia ha legislado para que desde el pasado 31 de mayo los paquetes de tabaco vistan uniforme verde caqui, independientemente de la marca, perdiendo el glamour que hasta ahora tenía este producto. Para la Dra. Juana Umaran "el mítico vaquero cigarro en mano ya pasó al historia, para que las nuevas generaciones se vacunen contra esta mortífera epidemia a la que nos enfrentamos todos los días en nuestras consultas".



En este sentido, el Dr. Joseba Zabala, médico de Salud Pública y portavoz de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo, pidió a la nueva ministra de Sanidad, Dolors Montserrat, "que acometa lo antes posible el empaquetado neutro de tabaco porque se trata de una herramienta de salud pública de gran impacto cuyos beneficios no pueden esperar".

Además, el premio Aire Berri Sociedad, se entregó a la triatleta navarra Ana Casares, Campeona de España de Maratón, que ha sabido compatibilizar su maternidad con este duro deporte promoviendo estilos de vida sanos.

La jornada incluyó tres mesas redondas: sobre la Ley Vasca de Adicciones, avances en el abordaje del tabaquismo, y sobre el impulso al control del tabaco en el País Vasco y en el mundo.



La trialeta navarra campeona de España de Maratón, Ana Casares, junto con la Dra. Montse Elso, de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo y del grupo de tabaco de namfyc, la Dra. Victoria Güeto, y la Dra. Juana Umaran, vicepresidenta y presidenta, respectivamente, de la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo.

Público que participó en la Jornada celebrada en Donosti.

El cáncer de pulmón desplaza al de mama como primera causa de muerte en mujeres de 45-64 años en Navarra

En el 85% de los casos están relacionados con el tabaquismo

El cáncer de pulmón se sitúa como la primera causa de muerte entre las mujeres de 45 a 64 años en Navarra, desplazando al cáncer de mama, según se desprende de un estudio sobre esta patología realizado por el recientemente creado Observatorio de la Salud Comunitaria de Navarra. Además, se estima que el 85% de los casos están relacionados con el tabaquismo.

El estudio constata asimismo que la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años se ha multiplicado por cinco en los últimos 20 años, mientras que en hombres del mismo rango de edad se observa un descenso de la misma entre 2011 y 2015. Esta tendencia se registra también en la Unión Europea, en donde la mortalidad en hombres ha disminuido un 20,8%, frente a un aumento del 71,9% entre 2003 y 2014.

Por otra parte, en los últimos cinco años las muertes por cáncer de pulmón representaron el 5,7% de los fallecimientos y el 19,5% de las muertes por cáncer. Entre 2008 y 2010 se diagnosticó una media anual de 363 casos, el 80% de ellos en hombres. Se estima que aproximadamente el 85% de los casos están relacionados con el tabaquismo.

Este estudio sobre la situación del cáncer de pulmón en Navarra es uno de los primeros realizados por el Observatorio de la Salud Comunitaria de Navarra, recientemente creado. El Observatorio es una herramienta para generar, analizar, reunir, organizar y comunicar toda la información relativa a la salud colectiva de Navarra, de manera que las administraciones públicas y otros agentes de salud puedan adaptar sus políticas y actuaciones a la situación concreta de cada área territorial y reducir las desigualdades.



Idoya Zazpe Cenoz,

ganadora de la Beca Senior 2015

Cirugía de base craneal, mediante abordaje endoscópico, en Pittsburgh (USA)

Cuando el año pasado decidí solicitar la Beca Senior del Colegio Oficial de Médicos, tenía muy claro el proyecto que quería realizar. Durante el periodo de la Residencia, uno tiene la oportunidad de adquirir niveles básicos de adiestramiento en la mayoría de los procedimientos neuroquirúrgicos. A pesar de que la formación en Medicina dura toda la vida, no hay tantas oportunidades después de finalizar la etapa de formación MIR propiamente dicha de adquirir conocimientos avanzados en una determinada área de subespecialización. Por ello, la Beca Senior del Colegio de Médicos me pareció una excelente oportunidad.

En marzo del 2012 realicé un curso de endoscopia de base de cráneo en el Hospital Universitario de Pittsburgh, centro de referencia mundial en esta técnica. Posteriormente, comenzamos a implementarla, conjuntamente con el Servicio de ORL, en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). El primer caso, un adenoma hipofisario, fue realizado en abril de 2012 y desde entonces se han intervenido más de 40 casos mediante abordaje endoscópico transnasal con resultados muy satisfactorios. Durante este tiempo de curva de aprendizaje siempre había tenido en mente volver al Hospital Universitario de Pittsburgh para perfeccionar la técnica. La idea era realizar una estancia más prolongada y compartir la experiencia con una otorrinolaringóloga con la que trabajamos conjuntamente, la Dra Zubimendi. Estas cirugías se llevan a cabo de forma coordinada por los servicios de Neurocirugía y ORL, por lo que el entrenamiento debe ser idealmente simultáneo para avanzar paralelamente en la técnica. Cuando me comunicaron que había sido agraciada con la beca, me sentí muy afortunada y pensé que este proyecto iba a poder, por fin, hacerse realidad.





La Unidad de Base de Cráneo del Hospital Presbiteriano de Pittsburgh (UPMC)

El Departamento de Neurocirugía de la Universidad de Pittsburgh fue fundado hace más de 75 años y hoy es uno de los mejores de Estados Unidos. Lleva a cabo más de 11.000 procedimientos anuales.

Fue el primer centro de base de cráneo que se estableció en USA y ha sido pionero en los abordajes endoscópicos mínimamente invasivos a la base del cráneo y al cerebro, ofreciendo a los pacientes un rápido retorno a la vida normal. Se trata de uno de los mayores centros de referencia de cirugía endoscópica de base de cráneo de Estados Unidos y reciben también a un gran número de pacientes extranjeros.

Al igual que en el CHN, se trata de un equipo multidisciplinar que cuenta con 4 especialistas: 2 neurocirujanos y 2 otorrinolaringólogos. A ellos se suman residentes y fellows procedentes de otros hospitales y numerosos rotantes extranjeros. Cuenta con la tecnología más avanzada y facilidades de docencia, como un laboratorio de cirugía experimental compuesto por una sala de disección con material de endoscopia y neuronavegación para entrenar los procedimientos.

Un día en el UPMC

Mi estancia en el UPMC trascurrió durante el mes de agosto, pero los trámites se iniciaron muchos meses antes. Aunque me imaginaba que la burocracia no iba a ser simple, me ha sorprendido la enorme cantidad de papeleo que hay que cumplimentar para realizar una estancia en un hospital norteamericano. Previamente, había hecho otras estancias en hospitales europeos y el proceso resultó mucho más sencillo.

Una vez en el hospital, fueron necesarios unos días de "aclimatación" al tratarse de un centro de gran tamaño, otro idioma y otra forma de trabajar. Comenzábamos la jornada laboral a las 7h de la mañana con una sesión clínica sobre los pacientes ingresados. Previamente, los residentes habían pasado planta y presentaban los casos y las incidencias de la guardia. Posteriormente, realizábamos las labores asignadas a la jornada: quirófano los lunes, martes, jueves y viernes, y consulta los martes. Se trata de un hospital privado que cuenta con 2 o 3 salas de quirófano dedicadas exclusivamente a cirugía endoscópica transnasal y cada día se intervenían una media de 4 pacientes. La mayoría de los casos revestían gran complejidad ya que se trataba de pacientes oncológicos, muchos de ellos intervenidos previamente

«Desde el año 2012 se han intervenido en el Complejo Hospitalario de Navarra más de 40 casos, mediante abordaje endoscópico transnasal, con resultados muy satisfactorios»

en otros centros. Los residentes y los fellows realizaban el abordaje y el cierre y los adjuntos iban pasando de un quirófano a otro para supervisar y realizar las partes más complicadas de cada procedimiento. Tres días a la semana había sesiones monográficas y de morbimortalidad a las 16h. Terminábamos la jornada laboral entre las 17h y 18h.



«Tras esta estancia esperamos mejorar nuestros resultados quirúrgicos con menor morbilidad para los pacientes»

¿Qué me ha reportado la estancia?

Durante estas semanas he tenido la oportunidad de asistir a más de 40 procedimientos endoscópicos y 5 cirugías abiertas. Gracias a este gran volumen de pacientes, pude ver un gran y variado número de intervenciones en poco tiempo. Además, me resultó muy interesante asistir a las sesiones clínicas y de discusión de casos clínicos, que me ayudaron a actualizarme en el manejo de diversas patologías de la base del cráneo. Se trata de entidades muy complejas que requieren un abordaje multidisciplinar (endocrinólogos, neurocirujanos, otorrinolaringólogos, oncólogos, anestesistas, neurofisiólogos, patólogos, radiólogos, rehabilitadores, oftalmólogos...). Por otra parte, solicité al centro que me facilitase sus protocolos de trabajo y el consentimiento informado que utilizan en este tipo de cirugía. En la actualidad, estamos adaptando todo el material recopilado para utilizarlo en el CHN.

Durante la última semana, estuve acompañada por la Dra Zubimendi del Servicio de ORL del CHN. Asistimos juntas a un curso avanzado de cirugía endoscópica organizado por el hospital, en el que participamos más de 20 especialistas de todo el mundo. Tuvimos la oportunidad de practicar diversos procedimientos en cadáver bajo la supervisión de expertos en la materia. Durante las sesiones, se insistió mucho en la prevención de las complicaciones y en el manejo eficaz de las mismas para disminuir el riesgo quirúrgico.

Tras esta estancia esperamos mejorar nuestros resultados quirúrgicos con menor morbilidad para los pacientes.

La experiencia ha sido muy enriquecedora no sólo en lo científico, sino también en lo personal. Me ha permitido conocer a compañeros de diversas nacionalidades, observar otras formas de trabajar y crear contactos profesionales.



Agradecimientos

Al Colegio de Médicos por concederme esta beca y la oportunidad de cumplir el sueño de este proyecto. Agradezco al Jefe de Servicio, el Dr. Eduardo Portillo Bringas, por motivarnos siempre a visitar otros centros y aprender nuevos procedimientos. A mis compañeros de equipo por cubrir mi trabajo mientras estaba fuera. A nuestros compañeros de ORL, por acompañarnos en esta aventura, incluso cruzando el charco.



LUIS JEREZ

JEFE DE COCINA DEL
RESTAURANTE EL COLEGIO



51

Restaurante El Colegio estrena nueva web con un diseño moderno, elegante y muy práctico

Una nueva presentación en donde un menú sencillo e intuitivo con un formato responsive, perfectamente adaptado a todo tipo de dispositivos, llevará al usuario a conocer todas las especialidades de nuestro restaurante.

Además, se han incorporado importantes novedades como una sección de noticias en la que se informará de todos los eventos de interés que se den en el Restaurante El Colegio. Por otra parte, estrenamos un espacio muy personal denominado "Red Velvet" en el que la moda, la cultura y, por supuesto, la gastronomía tendrán su lugar destacado.

Una web, restaurantelcolegio.es, en el que la cuidada fotografía tiene un protagonismo fundamental y un nuevo apartado en el que se podrá realizar reservas on-line de manera muy cómoda. Se incorpora también una tienda online en la que se podrán adquirir, por ejemplo, tarjetas para regalar nuestro restaurante.

Una nueva web que pretende ser un nuevo escaparate para todos los clientes y que presenta de una manera moderna los servicios gastronómicos del Restaurante El Colegio.

ARROZ CALDOSO CON RAPE Y TRIGUERO

Aunque nos encanta el arroz en todas sus variantes, muchas veces no disponemos de tiempo para prepararlo. Aquí os ofrecemos una opción: un arroz caldoso que, preparándolo con anterioridad, en unos pocos minutos se terminará de cocinar, y listo.

INGREDIENTES (PARA 4 PAX):

400 g arroz, 1 rape en lomos, 1 manojo trigueros, 1 pimiento verde, 1 calabacín, 2 zanahorias, 1 pimiento rojo, 1 puerro, 1 diente de ajo, sal, aceite de oliva, caldo de pescado y crema de marisco.

PRE-ELABORACIÓN:

Doramos un diente de ajo con aceite de oliva en una sartén, le añadimos el arroz y sofreímos un poco. Le agregamos 800 gramos de caldo de pescado y dejamos que se consuma el líquido. Apagamos el fuego y lo mantenemos en un recipiente frío.

Picamos las verduras en brunoise y las pochamos en una sartén con aceite de oliva. Cuando esté hecho, lo reservamos.

Limpiamos el rape y lo cortamos en láminas.

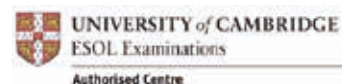
ELABORACIÓN:

En una cazuela ponemos las verduras pochadas y la crema de marisco. Una vez que empiece a hervir, le añadimos las láminas de rape. Dos minutos después, le añadimos el arroz y dejamos que se haga durante otros dos minutos. Ponemos al punto de sal y lo presentamos en un plato.

¡¡Esperamos que os guste!!



Cursos intensivos preparatorios exámenes Cambridge. Marzo 2017.



Examen	Fechas	Horarios	Lugar	Precio
PET	10/01 a 16/03	M, Mx y J 10:00-12:00h	Rochapea	485 €
FCE	10/01 a 02/03	M y J 10:00-12:00h Mx 10:30-12:30h		
CAE	09/01 a 08/03	L, M, Mx 10:00-12:00h		
CPE	10/01 a 09/03	M, Mx y J 10:00-12:00h		
PET	13/01 a 17/03	V 17:00-20:30h	Rochapea	365 €
FCE	13/01 a 03/03			
CAE	13/01 a 10/03			
CPE	13/01 a 10/03			

15% de descuento para médicos e hij@s de médicos

Todos nuestros intensivos incluyen:

- Material.
- Mock exam (prueba de situación).

Los grupos se forman con un mínimo de 5 y un máximo de 15 alumnos.

* Los cursos en horario de mañana pueden sufrir alguna modificación en días y horarios.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN INTENSIVOS CAMBRIDGE:

La inscripción es online, debes pinchar en el siguiente enlace: <http://clencollege.com/formulario-de-inscripcion/#>
 Marcar en tipo de servicio: "Inscripción intensivo Cambridge"

- Realizar la inscripción una vez que se haya confirmado su admisión en el grupo (dependerá del nivel obtenido en la prueba).

Examen	Tasas Examen	Fecha Examen	Periodo de matriculación
PET	85 €	18/03/2017	Del 6 al 10 de febrero de 2017
FCE	160 €	4/03/2017	Del 23 al 27 de enero de 2017
CAE	180 €	11/03/2017	Del 30 de enero al 3 de febrero de 2017
CPE	200 €	11/03/2017	Del 30 de enero al 3 de febrero de 2017

Las fechas de los exámenes orales pueden sufrir modificaciones. Informaremos de las fechas definitivas una vez pasado el periodo de matriculación.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN EXÁMENES CAMBRIDGE:

La inscripción es online, debes pinchar en el siguiente enlace: <http://clencollege.com/formulario-de-inscripcion/#>
 Marcar en tipo de servicio: "Inscripción a examen oficial Cambridge"

¡Descubre las ventajas de viajar al extranjero con CLEN COLLEGE!

Clen College lanza su oferta de cursos de idiomas en el extranjero con importantes ventajas para colegiados/as e hijos/as. Con la contratación de una estancia, disfrutarán gratuitamente de otros cursos diseñados para el colectivo.

Jóvenes verano	→	Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 horas.
Curso escolar en Irlanda		
1 trimestre académico	→	Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 horas + 6 horas de clases particulares.
2 trimestres académico	→	Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 horas + 8 clases particulares.
1 curso académico	→	Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 horas + 10 horas de clases particulares.
Cursos para adultos		
Dos o tres semanas	→	Curso intensivo de verano para adultos de 20 horas.
A partir de 4 semanas	→	Curso intensivo de verano para adultos de 40 horas.
Inglés para médicos	→	Curso intensivo de verano para adultos de 20 horas.
Inglés para profesionales	→	Curso intensivo de verano para adultos de 20 horas.
Curso para familias	→	Curso de conversación de verano para adolescentes de 20 horas + curso intensivo de adultos de 20 horas.

Oferta colegiados:
Con cada viaje, un curso gratuito para jóvenes o adultos.

(Consulta el folleto y la oferta a los colegiados que se adjunta con la revista).

Para cualquier consulta, no duden en contactar con nosotros.

Persona de contacto	Susana Heras
Teléfono	948 17 23 91
Correo-e	viajesextranjero@clencollege.com
Página web	www.clencollege.es
Facebook	CLEN COLLEGE - ih pamplona
Twitter	@CLENCollegeih



ES EL MOMENTO DE APOSTAR POR EL BIENESTAR

«Existe cada vez mayor interés en integrar la salud en los valores estratégicos de las empresas»



■ RAFA MAYORGA.

RESPONSABLE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL TRABAJO DE MUTUA NAVARRA.

El bienestar, bien desde la realidad personal o colectiva, nos permite ofrecer un enfoque diferente a las temáticas abordadas hasta ahora en el ciclo de conferencias “Salud de los pies a la cabeza”, organizado por Mutua Navarra y el Colegio de Médicos de Navarra. Quizá esta propuesta se aleja de los contenidos de otras conferencias, más clínicas, pero merece la pena reflexionar sobre ello.

Estamos muy acostumbrados, quizá demasiado, a considerar los riesgos psicosociales como factores determinantes del riesgo para la salud, siempre desde una perspectiva negativa del daño a la salud y sus consecuencias, tanto individuales como colectivas. Conscientes del fuerte impacto que estos factores de riesgo ocasionan en la población laboral y de la insuficiente orientación para implementar medidas que reduzcan sus efectos en la calidad de vida laboral de las personas, es interesante modificar el punto de vista y hablar del bienestar, más aún, del bienestar psicológico.

Puede parecer inoportuno, osado o pretencioso traer a debate y a análisis la temática del “bienestar” en momentos donde aún persisten elevados niveles de inseguridad laboral e incluso desempleo, así como recortes salariales y de beneficios sociales. Es evidente que estos factores deterioran el marco “psicológico” en el que las personas viven y se desarrollan. Considerando todos estos elementos, conviene aprovechar la “oportunidad” de tratar este tema y sus contenidos.

Desde este enfoque, es posible mejorar o alcanzar un mayor nivel de bienestar desde la perspectiva individual, pudiendo influir en el entorno en el que nos desenvolvemos y sobre el que ejercemos cierto nivel de influencia. No se trata quizá tanto de “bien-estar”, como de “bien-ser”, considerado desde la dimensión personal que nos permite desarrollar aspectos relacionados con el bienestar, como la satisfacción con la vida, las fortalezas psicológicas o las emociones positivas.

Me pregunto —y traslado la cuestión al debate científico— por qué las personas sanas, marcadas por un sentimiento positivo de uno mismo, con control personal y una visión optimista del futuro, se convierten en

reserva y en motor de recursos que les permiten afrontar —con mayor probabilidad de éxito que aquellas que carecen de dichos recursos—, no sólo las dificultades diarias, sino también situaciones que pueden llegar a ser estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia. Si esto es así, los factores psicológicos positivos pueden tener una relación tan robusta con la salud como sucede, y la ciencia así lo ha demostrado con los factores psicológicos negativos, como se constata con infinidad de datos acumulados durante años.

Cómo integrar la salud en los valores estratégicos de las empresas

Desde la actividad que desarrollamos en el área de Promoción de la Salud en el Trabajo de Mutua Navarra, observamos que disponemos cada vez con mayor frecuencia de un interés por integrar la salud en los valores estratégicos de las empresas. La situación actual implica no solo ondear los principios de las empresas saludables, sino crear y creer que el logro del bienestar beneficia a todas las personas de una organización, ya sean empresarios, trabajadores o accionistas.

Dentro de este espacio de interés suscitado por los entornos saludables es donde encajan los valores del bienestar, entendidos desde la perspectiva de la "eudaimonia" (sí, suena muy raro), de realización de los potenciales humanos, frente a la perspectiva "hedónica" del bienestar. La primera visión establece que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con los valores profundos individuales y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993).

En su libro "Ética a Nicómaco", Aristóteles exhorta a los hombres a vivir de acuerdo a su "daimon", ideal o criterio de perfección al que uno

aspira y que dota de sentido a su vida. Todos los esfuerzos por vivir de acuerdo con ese "daimon" y hacer que se cumplan y logren las propias potencialidades se considera que darán lugar a un estado óptimo, la "eudaimonia".

La concepción "eudaimónica" se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien y lograr un funcionamiento psicológico pleno a partir del cual la persona desarrolla todo su potencial. En contraposición a esta tendencia, la concepción hedónica del bienestar se centra en conseguir la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo, y una sensación global de satisfacción con la propia vida. El objetivo de la vida, según la corriente hedónica, es experimentar la mayor cantidad posible de placer —aunque sea orientado al disfrute y a las actividades nobles— y la felicidad sería, en cierto sentido, una suma de momentos placenteros.

Tanto desde una perspectiva hedónica como "eudaimónica", el bienestar parece desempeñar un papel importante en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades físicas. Los observadores de la condición humana sostienen que los estados positivos de la mente pueden conducir no solamente a una vida más plena de sentido, sino también a una existencia más saludable (Taylor et al., 2000).

Para facilitar el diálogo de saberes y la generación de nuevos y mejores conocimientos, quisiera destacar un modelo multidimensional de bienestar psicológico, desarrollado por Carol Riff. Ligado a un cuestionario para medirlo (Ryff, 1995), la autora presenta seis aspectos diferentes o dimensiones para un bienestar óptimo a nivel psicológico. Cada dimensión supone un reto diferente al que nos enfrentamos cada persona en un esfuerzo por funcionar positivamente

(Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Las seis dimensiones comprenden: la autoaceptación siendo consciente de las propias limitaciones; las relaciones positivas con los demás, cálidas y estables; el control ambiental que uno ejerce en su entorno; la autonomía que desarrolla un marcado sentido de libertad personal; el propósito en la vida que unifica los esfuerzos y retos; y, finalmente, el crecimiento personal, mantenido a través de una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de capacidades.

Es el momento de apostar —o al menos así lo percibimos desde el ámbito de la Promoción de la Salud en el Trabajo— por el fomento del bienestar en su globalidad —más aún en el ámbito laboral—, como generador de compromiso y motivación, factores que determinan el rendimiento laboral y desarrollo personal de las personas.

Dimensiones del bienestar según Ryff

- 1.- Autoaceptación.
- 2.- Relaciones positivas.
- 3.- Control ambiental.
- 4.- Autonomía.
- 5.- Propósito en la vida.
- 6.- Crecimiento personal.



Relación de las disposiciones normativas que han entrado en vigor en Navarra

(diciembre 2015/noviembre 2016)



♦ **Mariano Benac Urroz.**
Asesor jurídico del Colegio de Médicos de Navarra.

Normas Generales:

- 1 **Ley Foral 1/2016, de 29 de enero**, de Presupuestos Generales de Navarra de 2016 (BON 7/3/16).
- 2 **Decreto Foral 11/2016, de 9 de marzo**, por el que se adapta la normativa de prevención de riesgos laborales al ámbito de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos (BON 31/3/16).
- 3 **Orden Foral 96-E/2016, de 4 de marzo**, del Consejero de Departamento de Salud, por el que se crea y regula el Registro Lamia-Receta Electrónica de Navarra y se crea el Fichero de Datos de Carácter General correspondiente (BON 4/4/16).
- 4 **Orden Foral 47/2016, de 3 de junio**, del Consejero de Salud, por el que se crea y regula el Registro del Sistema de Hemovigilancia de Navarra y se crea el fichero de datos de carácter personal correspondiente (BON 14/7/16).
- 5 **Orden Foral 48/2016, de 3 de junio**, del Consejero de Salud, por la que se crea y regula el Registro de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos de Navarra y se crea el Fichero de Datos de Carácter General correspondiente (BON 21/7/16).
- 6 **Orden Foral 277-E/2016, de 21 de julio**, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Promoción de Salud y Autocuidados en población Adulta (BON 2/8/16).

- 7 **Orden Foral 69/2016, de 15 de septiembre**, del Consejero de Salud, por la que se regulan las estructuras de coordinación y calidad del programa de donación y trasplantes de órganos y tejidos de la Comunidad Foral de Navarra (BON 3/9/2016).
- 8 **Orden Foral 264-E/2016, de 17 de junio**, del Consejero del Departamento de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de Seguridad de los pacientes (BON 6/10/2016).
- 9 **Decreto Foral 97/2016, de 9 de noviembre**, por el que se modifica el Decreto Foral 30/2005, de 21 de febrero, por el que se delimitan las atribuciones en materia de personal de los distintos órganos de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos (BON 22/11/16).

Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

- 10 **Orden Foral 12/2016, de 2 de febrero**, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura de la Dirección Gerencia y de los órganos centrales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a nivel de secciones y de unidades no asistenciales (BON 25/02/16).
- 11 **Orden Foral 21/2016, de 24 de febrero**, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica asistencial y no asistencial del Área de Salud de Tudela (BON 20/04/16).

12 Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 4 de abril de 2016 por la que se publica el Catálogo de organismos, entidades y empresas incluidas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas (BOE 29/4/16).

13 Orden Foral 42/2016, de 11 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Central de Farmacia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 10/6/16).

14 Orden Foral 201E/2016, de 30 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea el Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 16/6/16).

15 Orden Foral 274E/2016, de 17 de junio, del Consejero de Salud, por la que se establecen los objetivos y responsabilidades de la estrategia de Atención a las Urgencias, tiempo dependientes (BON 3/8/16).

16 Orden Foral 54/2016, de 30 de junio, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica a nivel de secciones no asistenciales y unidades no asistenciales del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 8/8/16).

17 Orden Foral 55/2016, de 30 de junio, del Consejero de Salud, se establece la estructura orgánica asistencial y no asistencial del Área de Salud de Estella/Lizarra (BON 8/8/16).

18 Orden Foral 63/2016, de 22 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica asistencial y no asistencial de la Gerencia de Atención Primaria (BON 8/9/16).

19 Orden Foral 64/2016, de 1 de septiembre, del Consejero de Salud, por la que se crea y regula el Registro del Laboratorio Unificado de Navarra y se crea el fichero de datos de carácter personal correspondiente (BON 27/12/16).

Instituto Navarro de Salud Laboral:

20 Orden Foral 44/2016, de 10 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (BON 17/6/16).

Personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

21 Orden Foral 268/2015, de 23 de diciembre, de la Consejera de de Presidencia, Función Pública, Interior y Justicia, por la que se aprueba el calendario laboral del año 2016 para el personal al servicio de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos (BON 30/12/15).

22 Orden Foral 82/2016, de 19 de abril, de la Consejera de Presidencia, Función Pública, Interior y Justicia, por la que se delega en el Consejero de Salud las resoluciones de los recursos de alzada y las reclamaciones previas a la vía judicial social en materia de personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 27/4/16).

23 Orden Foral 126/2016, de 24 de junio, de la Consejera de Presidencia, Función Pública, Interior y Justicia, por la que se dispone la publicación de la plantilla orgánica y de la relación del personal fijo y eventual que desempeña cargos directivos de libre designación en la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y en sus organismos autónomos, a 31 de diciembre de 2015 (BON 12/7/16).

24 Decreto Foral 44/2016, de 29 de junio, por el que se aprueba la oferta de empleo público de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos correspondiente a 2016, relativa a los ámbitos de Administración núcleo y Departamento de Salud (BON 19/7/16).

25 Orden Foral 68/2016, de 14 de septiembre, del Consejero de Salud, por la que se establece el procedimiento de designación interina de los puestos de Jefatura de Servicio y Jefatura de Sección Asistencial en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BOM 30/9/16).

26 Decretos Forales 12/2016, de 16 de marzo (BON 22/3/16), **43/2016, de 29 de junio** (BON 19/7/16) y **102/2016, de 16 de noviembre** (BON 24/11/16) por los que se modifica la plantilla orgánica de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos.

Prestaciones sanitarias:

27 Orden Foral 83E/2016, de 17 de febrero, del Consejero de Salud, por la que se establece el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas, se crea y regula el Registro Poblacional de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas de Navarra y se crea el Fichero de datos de carácter personal correspondiente (BON 27/6/16).

28 Decreto Foral 103/2016, de 16 de noviembre, por el que se establece la ordenación de las prestaciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva (BON 24/11/16).



Carlos II el Hechizado, rey de España

(1ª parte)

*«Mucha gente asegura
que estoy embrujado, y en
verdad que yo también lo creo
así; tales son las cosas que
experimento y sufro»*

(Carlos II de Habsburgo).

♦ **Jesús Repáraz Padrós.**

A raíz de la desgraciada Guerra de Flandes que Felipe II emprendiera en 1566, España entró en un largo y complejo proceso de decadencia que iría socavando su estatus de primer imperio colonial del mundo hasta dejarlo reducido al de una simple potencia de segundo orden. Este declive, aún incipiente en las postrimerías del siglo XVI, se hizo más evidente durante los reinados de Felipe III (1598-1621) y Felipe IV (1621-1665). Ambos monarcas, a diferencia de los primeros reyes de la Casa de Austria —quienes jamás toleraron influencias externas en su labor al frente del Estado—, abandonaron los asuntos de gobierno en manos de ciertos personajes influyentes de la Corte conocidos como validos. Semejante política delegatoria resultó, a la larga, gravemente perniciosa para

España. Al primero de aquellos favoritos, el ambicioso y venal duque de Lerma, le sucedió en 1621 el conde-duque de Olivares. Éste, hombre inteligente y de indudable valía, cometió sin embargo graves errores de estrategia en su afán por centralizar y fortalecer la unidad interna del Imperio. Fue él precisamente quien, tras expirar la tregua de doce años que en 1609 habían suscrito Felipe III y el Gran Pensionario de Holanda, determinó la reapertura de las hostilidades con los Países Bajos. Aquella fue una decisión inoportuna y en extremo imprudente. Poco antes había estallado en Alemania la Guerra de los Treinta Años (1618-1648), fruto sangriento de la fragmentación política y religiosa que produjo en Europa la Reforma Protestante.

Con el Continente dividido en dos bloques antagónicos, la desafortunada intervención de Olivares en

Sus anomalías físicas, la pobreza de su educación y la excesiva dependencia de su madre generaron en él un carácter débil, abúlico e hipersensible

el príncipe Carlos, fueron dirigidas las últimas palabras del rey agonizante: "Quiera Dios, hijo mío, que llegues a ser más feliz que yo". Mas ni siquiera en el cumplimiento de esta última voluntad quiso el Destino satisfacer al rey Felipe, y muy pronto el tiempo refutaría su ingenuo deseo de ventura. En efecto, ni un ápice de felicidad iba a hallar Carlos II en la implacable sucesión de infortunios que, desde la cuna hasta la tumba, conformaron su vida e hicieron de él uno de los monarcas más trágicos y desdichados de la Historia de España.

↓ Mariana de Austria
(Juan Carreño - 1669).
Museo del Prado (Madrid).

Flandes puso en bandeja al Cardenal Richelieu –un político hábil y sin escrúpulos, obsesionado por minar el poderío de los Habsburgo– el pretexto que Francia necesitaba para involucrar a España en el conflicto. El resultado no pudo ser más calamitoso para los intereses hispanos. Las sucesivas derrotas que los ejércitos de Felipe IV sufrieron ante los franceses condujeron a la desmoralización del pueblo, abocaron el Estado a la bancarrota y, en apenas una década, arruinaron el prestigio de la antaño invencible infantería castellana. Poco a poco, la influencia española en Europa fue debilitándose, al tiempo que surgían tensiones internas capaces de amenazar la propia cohesión de

la nación. Así, los denodados esfuerzos del conde-duque por mantener la integridad de la Monarquía Católica no hicieron sino favorecer la secesión de Portugal y generar graves revueltas en algunas de las provincias periféricas del reino. Finalmente, cuando en el año 1648 se firmaron en Westfalia los acuerdos que pusieron fin a la guerra europea, España fue la nación que peor parada salió de todas las participantes, perdiendo la mayor parte de los Países Bajos y –junto con ellos– el control sobre las rutas comerciales que comunicaban Italia con las Provincias Unidas holandesas.

Abrumado por las calamidades de que fue testigo durante sus más de cuarenta años de reinado, el rey Felipe IV murió a finales del verano de 1665. A su hijo y sucesor,





◀ *Retrato de Don Juan José de Austria.*
(Anónimo. 1655-1660). Museo del Prado (Madrid).

otra parte, y al margen de esta desafortunada apariencia externa, también la capacidad intelectual del príncipe era manifiestamente anormal. Para colmo, la reina Mariana, preocupada por la debilidad física de aquel niño y decepcionada por las limitaciones de su intelecto, apenas se ocupó de darle instrucción, lo que sin duda contribuyó a agravar las carencias del muchacho.

Las anomalías físicas de Carlos, la pobreza de su educación y la excesiva dependencia de su madre generaron en él un carácter débil, abúlico e hipersensible. Cuando en 1665 se produjo el fallecimiento de Felipe IV, Carlos acababa de cumplir cuatro años de edad. La regencia quedó en manos de la reina viuda, quien a su vez la confió a su confesor, el jesuita austriaco Juan Everardo Nithard. Por entonces, la política expansionista francesa dirigida por Luis XIV planteaba ya una seria amenaza para los intereses españoles en Europa, amenaza que el bondadoso y torpe Nithard fue incapaz de conjurar. En 1667, la negativa española a ceder al Rey Sol el ducado de Brabante dio origen a la llamada Guerra de Devolución, que permitió a Francia apropiarse no sólo de Brabante, sino también de Flandes. Así, mientras el reino galo se iba apoderando de las escasas posesiones que España aún conservaba en los Países Bajos meridionales, la confusión y el desorden se adueñaron de la Corte de Madrid. Entretanto, el pequeño Carlos, sumido en un estado de permanente y plácida estupidez, dejaba transcurrir sus años de infancia ajeno por completo a las dificultades exteriores del reino y a las intrigas políticas que se desarrollaban en torno a él.

El hecho de que en el año 1675 la minoría de edad de Carlos II se diera oficialmente por concluida no supuso cambio alguno en la situación política española. La reina Mariana, que en 1669 había sustituido a Nithard por Fernando de Valenzuela, no estaba dispuesta a dejar la corona en manos de su hijo, de modo que le propuso firmar una prórroga indefinida confirmándola en su calidad de regente. Carlos, aunque en un principio trató de resistirse a la maniobra, terminó cediendo ante la presión de su madre. En cuanto a Valenzuela –un cortesano astuto e intrigante que había puesto en juego todas sus habilidades personales para acceder al puesto de valido–, una vez que se vio libre para actuar a su antojo estableció una serie de nuevos impuestos y ventas de beneficios eclesiásticos que, al margen de engrosar su patrimonio, le reportaron una enorme impopularidad. Al mismo tiempo, los rumores sobre su presunta condición de amante de la reina aceleraron el desprestigio de ésta. Tan lamentable estado de cosas pudo cambiar en 1677, cuando Don Juan José de Austria (un hijo bastardo de Felipe IV y de la célebre actriz María Calderón) logró expulsar a Valenzuela de la Corte y establecerse él mismo como Primer Ministro.

Hijo de Felipe IV de Habsburgo y de su segunda esposa Mariana de Austria (ambos retratados en “Las Meninas”, de Velázquez), el príncipe Carlos había nacido en Madrid el 6 de Noviembre de 1.661 [ver genealogía]. Ya en el instante mismo de venir al mundo su aspecto debió de ser el de una criatura deforme y monstruosa, tal y como lo atestigua la descripción que el embajador de Francia remitió al rey Luis XIV pocos días después del alumbramiento: “El príncipe parece bastante débil; muestra signos de degeneración; tiene flemones en las mejillas, la cabeza llena de costras y todo él es de una espantosa fealdad”. De la veracidad de este crudo testimonio da fe el hecho de que el propio rey Felipe, llegado el momento de mostrar el niño ante la Corte, ordenara que su rostro fuese ocultado entre los faldones y encajes empleados para arroparlo.

Víctima probablemente de un trastorno congénito del que ya existían antecedentes en la familia real española, Carlos siguió un desarrollo lento y deficiente, hallando serias dificultades para aprender a hablar y a caminar. Entre sus defectos físicos –atribuidos por algunos cronistas a una presunta sífilis congénita, y por otros a los numerosos matrimonios consanguíneos habidos entre miembros de la Casa de Habsburgo durante varias generaciones consecutivas–, destacaba una acentuada deformidad de la mandíbula que desfiguraba su rostro y le daba un aspecto grotesco. Su lengua, excesivamente gruesa, le impedía pronunciar correctamente las palabras, lo que agravaba aún más sus problemas de expresión. Por

Corpus de Sang (La guerra dels Segadors).
(Antoni Estruch – 1907).
Museu D'Art de Sabadell.►



61

A diferencia de su hermanastro, D. Juan había recibido durante su infancia una esmerada educación. Era, además, un hombre brillante y animoso, dotado de magníficas cualidades para la política y la guerra. La primera prueba de su valía la dio en 1647, cuando consiguió reprimir eficazmente una intentona independentista surgida en Nápoles (territorio que por entonces se hallaba bajo soberanía española) y obtener por ello el nombramiento de virrey de Sicilia. Poco después, en 1651, fue enviado a Cataluña, donde puso término a la década de violentos disturbios que allí había provocado la dura política centralista del conde-duque de Olivares. Avalado por estos logros y contando además con una presencia física agraciada, unos modales exquisitos y una desmesurada ambición, Don Juan no tardó en ganarse el favor popular. Sus posteriores actuaciones en Flandes, en la batalla de Valenciennes contra los franceses y en la campaña de Extremadura contra Portugal reforzaron aún más esa posición de privilegio. No obstante, esos mismos méritos fueron los que hicieron que la reina, sabedora de la incapacidad de su hijo Carlos y resentida por los éxitos de Don Juan, contemplara a éste con creciente recelo y

desconfianza. Así pues, a la muerte de Felipe IV (1665), Don Juan se convirtió en la cabeza visible de la oposición al gobierno de Mariana y de sus favoritos. Fue él quien, en 1669, forzó la expulsión del padre Nithard, irritado por la torpe política que el jesuita había seguido durante la Guerra de Devolución. Años más tarde, en 1677, a raíz de los desmanes que protagonizara Fernando de Valenzuela, Don Juan consiguió recabar el apoyo necesario para provocar la caída del valido y desterrarlo a perpetuidad. A continuación, y tras confinar a la reina en Toledo, él mismo se hizo con el poder. La nobleza y el pueblo, hastiados como estaban de gobernantes ineptos y corruptos, habían depositado grandes esperanzas en Don Juan, viendo en él al caudillo enérgico y capaz que España necesitaba desde hacía largo tiempo; sin embargo, su prematuro fallecimiento, ocurrido en Septiembre de 1679 a causa de una afección biliar, se encargó de cercenar aquellas expectativas para siempre (...)

NUEVO JAGUAR F-PACE

**POR ENCIMA DE TODO,
ES UN JAGUAR.**



DESDE 42.490 €*¹

Navarra Motor

Calle D. 53 esquina calle F junto a ITV Noain - 31110 Noain/Pamplona (Navarra)
948 34 62 20

navarra-motor.jaguar.es



THE ART OF PERFORMANCE

Gama Jaguar F-PACE: consumo combinado 4,9-8,9 l/100 km, emisiones de CO₂ 129-209 g/km.

*P.V.P. del nuevo Jaguar F-PACE 2.0 D 180 CV manual Pure RWD desde 42.490 € (IVA e IGT, transporte, descuento promocional e impuesto de matriculación incluidos). Impuesto de matriculación (IEDMT) calculado al tipo general. No obstante, el tipo aplicable al IEDMT puede variar en función de la comunidad autónoma de residencia. Precio promocional exclusivo para unidades financiadas con FCA Capital España EFC, SAU según condiciones contractuales, con un importe mínimo a financiar de 20.000 €, a un plazo mínimo de 24 meses y una permanencia mínima de 24 meses. Oferta válida para vehículos matriculados hasta el 31/10/2016 en península y territorio insular. El vehículo mostrado puede no corresponder con el ofertado. Más información en jaguar.es o en la línea Jaguar 902 44 00 99.

EL CÁCERES HISTÓRICO Y MONUMENTAL

■ SALVADOR MARTÍN CRUZ

Cierto, Cáceres pilla a trasmano y, por si fuera poco, en medio de una geografía enormemente accidentada; aunque es cierto que el actual estado de la Vía de la Plata facilita en gran medida el acceso a la ciudad. Supongo será por ello que, todavía, una región de su belleza e importancia, con lugares tan emblemáticos como el Valle del Jerte, la Vera, Yuste, Plasencia, Guadalupe, Trujillo o el mismo Cáceres capital, con su barrio antiguo, sigue constituyendo una sorpresa para el viajero que se acerca a la provincia.

Supongo queda claro que es al casco histórico de Cáceres capital –lugar donde se aposentaron los linajes más guerreros de Asturias, Galicia, León y Castilla a partir del siglo XIII, dejando la impronta de su estar en el nombre de casas y palacios– a quien vamos a dedicar nuestro comentario de hoy. Y habrá que hacerlo comenzando por la muralla que circunda toda la ciudad antigua, levantada por los almohades en el siglo XII sobre restos de otra anterior romana. De ella, se conservan doce torres; alguna tan significada como la de Bujaco, y varias puertas de acceso, destacando la del Arco de la Estrella, construida en el siglo XVII por uno de los Churriguera, precedida por una gran escalinata que sube hasta ella desde la Plaza Mayor; la del Arco del Cristo –de origen romano– y la del Arco de Santa María. Seguiremos por los adarves de ronda de la Estrella, el Cristo, Santa Ana y el Obispo Álvarez de Castro. Y a partir de ahí, habrá que hacerlo por sus torres palacianas, sus palacios, las casas de la vieja nobleza, sus iglesias y conventos, la infinidad de rincones tan íntimos como el aljibe árabe que posee la casa de las Veletas, construido para el

antiguo alcázar de la ciudad sobre el que se levantó ésta, o la magnífica colección de escudos nobiliarios que ilustran sus edificaciones...

Pero vayamos puntualizando, empezando por el señero palacio Episcopal y la inmediata concatedral de Santa María la Mayor, al pie de cuya torre hay una estatua de bronce de San Pedro de Alcántara, de Pérez Comendador; los palacios del Comendador de Alcuéscar, antiguo solar de los Ulloa, el de Hernando de Ovando y los del Mayoralgo, del antiguo señorío de los Blázquez de Ávila; los de la Isla, sede del Archivo y la Biblioteca provincial, Godoy, y Moctezuma, que se dice levantó un hijo de Hernán Cortés y una princesa azteca; el de la duquesa de Valencia y el del duque de Abrantes; los de los Golfines de Abajo, con su epitafio: *Aquí esperan los Golfines el día del juicio*, en el que pernoctaron los Reyes Católicos, y el de los Golfines de Arriba; los de las Veletas, actual museo Provincial, y el de la Casa del Mono o de los Espadero-Pizarro, que aloja el de Bellas Artes; el de los Cáceres-Ovando, con la torre de las Cigüeñas, la única almenada preservada así por los Reyes Católicos; los de los marqueses de Torreorgaz y los condes de Adanero; el del Solar de los Ochoa; las torres de los Plata, del Comendador, de los Pozo o la del Postigo; la casa torre de los Galarza; las del Águila, el Sol, solar de los Solís, y las de los Carvajal y los Becerra; las de los Andana o los Sande, con un cuidado jardín... Y todo ello sin olvidar iglesias como la de la Compañía, barroca, con una magnífica escalinata de acceso, hoy Instituto de la ciudad; las de Santiago, con un retablo del taller de Berruguete; y San Mateo, alzada esta última sobre los restos de la antigua mezquita... Mejor dejarlo ahí; el Cáceres monumental es demasiado para poder encerrarlo, como lo hacen sus murallas, dentro del espacio que disponemos para contarlo.

FICHA TÉCNICA:

A Cáceres se puede llegar desde Madrid, por Trujillo (la A- 58 y la N-521). Desde Salamanca, por Plasencia (la A-66 y la E-803). Igual que desde Sevilla, a través de Mérida (la A-66 y la E-803, aunque en sentido contrario) y desde Portugal, a través de Valencia de Alcántara (N-521). Para visitar la ciudad cualquier tiempo es bueno pero, durante la canícula, el calor es insoportable, y en invierno lo es el frío. Lo que hace ideal para la visita la primavera, con el Jerte florecido y la Vera llena de olores silvestres, lo mismo que la otoñada. Es obligado mencionar que en su alrededor están lugares como Coria y Plasencia, con sus respectivas catedrales; Granadilla, una isla en medio del embalse de Gabriel y Galán; Galisteo, impresionante pueblo murado de tiempo almohade; Hervás y su judería; el Valle del Jerte, con sus cerezos y sus japoneses; La Vera, con el Monasterio de Yuste y el Cementerio de los Alemanes; la monumental Trujillo, con su castillo y su irregular e impresionante Plaza Mayor, dominada por la, también impresionante, estatua de Pizarro, obra de los norteamericanos Carlos Ramsey y María Harriman; Guadalupe, con su extraordinario monasterio jerónimo de fachada mudéjar; Mérida, con su importante tesoro arqueológico, ya en tierras pacenses... También demasiado para ver de una vez. Quizás también para contarlo.

Pensando en la estancia sin duda el Parador, aunque no despreciaría el NH Palacio de Oquendo (hay bastantes más opciones incluidos hoteles, estancias rurales, hostales, campings, etc.). Y a la hora del yantar, El Figón, en su día entre los records Guinness por la abundancia de su carta, aunque no debería olvidar Atrio, en su día Premio Nacional de Gastronomía y, a precios más de españolito de a pie, El Gran Mesón. De la gastronomía, después de recomendar el cuchifrito, el frite extremeño, la caldereta de cordero y la perdiz en todas las maneras posibles, recordaría el jamón y los embutidos de Montánchez, lo mismo que la riqueza cinegética de la zona, las migas de pastor, la sopa de tomate, el gazpacho extremeño, el famoso pimentón de la Vera, las cerezas del Jerte y, por supuesto, los quesos de la zona, sobre todo la torta del Casar. A mí los vinos de la región me gustaron; sobre todo los de Cañamero, Montánchez y Cilleros... Y para lectura, en principio propondría los poemas Gabriel y Galán, que ejerció sus labores de maestro por estas tierras, así como la Guía Everest, del Conde de Camilleros y la más reciente (1990) de Editorial García Plata de Antonio Bueno. A parte de ello, me han dicho que está bastante bien el libro de Miguel Martín *Historia de Cáceres*.

Igual sucede con la historia de la ciudad, que se remonta a los tiempos de los dólmenes y los verracos, como dan fe los que hay en su museo, entrando de lleno en la historia con la llegada de los romanos, y sus luchas por dominar la Lusitania; los tiempos de Viriato y de Sertorio, que tantos recuerdos dejaron por estas tierras y hagan de Roma una cita continua al hablar de su pasado. La ciudad, afirman los libros, la fundó Cayo Norbano Flaco hace dos mil años sobre un poblado celtibérico, con el nombre de colonia Norba Caesarina. La historia siguió su marcha contemplando la entrada en escena de suevos, vándalos, alanos y visigodos, que no dejaron títere con cabeza, aunque en las cercanías de la ciudad quedase la ermita visigótica de Santa Olalla. Luego la historia contemplará la invasión árabe en el siglo VIII y Extremadura convertida en el reino moro de Badajoz, y Cáceres, Al-Cacires, pasando a un segundo plano hasta la conquista de Alfonso IX... También dejémoslo ahí hasta ver la ciudad de hoy, proclamada capital de la Alta Extremadura en 1822 y Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO en 1986. Hay demasiada historia y demasiado recuerdo, incluso americano, como para que insistir no lleve a resultar excesivo.



El día que la mierda tenga algún valor, los pobres nacerán sin culo

(Gabriel García Márquez. Escritor colombiano. 1927-2014).

♦ IÑAKI SANTIAGO

Somos un todo. Un todo lleno de agujeros. Un conjunto de agujeros rodeados de grasa y magro. Nuestro cuerpo tiene agujeros por doquier que conectan el interior con el exterior y viceversa.

Pero un agujero siempre es un agujero, sobre todo si lo miras desde el lado desde el que está abierto y eso, habitualmente, es mirando desde afuera. Porque si lo miras, cosa difícil, por el otro lado, o sea por dentro, posiblemente no sepas qué puñetas estás viendo, ya que observarás el exterior enmarcado en un carnoso círculo, más o menos perfecto.

Un agujero es diferente según donde se encuentre. Si el agujero penetra en el suelo y de él vemos que asoma la orejuda cabecita de un grácil conejillo, pensaremos en una madriguera. ¡Qué bonita es la naturaleza!

Pero si ese mismo agujerito del suelo se encuentra rodeado cual islote de una curiosa alfombra de verde césped milimétricamente cortado y observado con meticuloso interés por un señor muy serio con bombachos de cuadros y un palo en la mano, casi seguro que estaremos hablando de golf. ¡Qué deporte más curioso es el golf!

Si el agujero es inmensamente grande, muy lejano, al fondo del cosmos, rodeado de titilantes estrellas que engulle con fruición, será un agujero negro de esos que nadie ha visto pero que nos venden los astrónomos como una auténtica maravilla, lo que no deja de ser un dogma de fe. ¡Qué extraordinaria es la astronomía!

De todos modos, cabe aclarar que no todos los agujeros negros están en el espacio. Algunos se encuentran al final del tubo digestivo de más de un ser humano que desconoce que mezclando agua con un poco de jabón, se consiguen unos efectos en la piel y

aledaños agradablemente desconocidos para ellos. Si ya lo acompañan de un cambio de muda limpia antes de acudir a nuestras consultas médicas, pues como se suele decir, ¡miel sobre hojuelas! ¡Ojo, porque la diferencia es que estos agujeros negros no absorben, sino que expelen! ¡Qué importante es el ano! (visto desde el punto de vista funcional, claro).

Si lo que vemos es un agujero rodeado de pelos... ¡ahí ya podemos tener serias dudas! Puede ser la peluda y descuidada oreja de un varón entrado en años o quizás la pilosa fosa nasal de ese mismo individuo o, por contra, los genitales externos de cualquier dama, aunque con las modas que corren, una exquisita depilación brasileña puede meternos en serias dudas respecto al origen del susodicho agujero, salvo que esté jalonado a ambos lados por unos prietos y lucidos muslámenes. ¡Qué importante es la anatomía, que nos permite realizar significativas distinciones!

Otra cosa es la boca, que la mires desde fuera, la mires desde dentro, tiene difícil disfrazarse si está perlada de una buena dentadura. Diferente es si hablamos del hocico de mi vecino Pepe, nonagenario de pro, más desierta de dientes que la boca de un prematuro, que la mires por donde la mires lo único que consigue es dar lástima. Aunque a él creo que no le importa mucho, porque se mete entre pecho y espalda cada chuletón que arde la tea. Sus amigos (obviamente cada vez son menos) le apodan cariñosamente "el piñoslindos". ¡Y luego dicen que los crueles son los niños!

Y pensándolo seriamente, los agujeros deben ser una cosa tremendamente importante para la humanidad, ya que admiten multitud de sinónimos. Las cosas importantes en

la historia del hombre se destacan por su multitud de sinónimos. Debo reconocer que yo pensaba que la palabra con más sinónimos era el pene, de verdad. Pero, héteme aquí que, tras un exhaustivo metaanálisis a través del tito Google me entero de que no, que ese privilegio le corresponde a la palabra puta. Creedme, en serio. Y eso que la palabra agujero no desmerece. En fin, que los sinónimos nos permiten no repetirnos y nos facultan para emplear uno u otro término en función de su uso más o menos prosaico. Así, en medicina hablamos de meatos y forámenes. Los golfistas de hoyos. Y los poetas, ¡ay, los poetas!, de cavidades perladas, fauces leoninas, pupilas zaínas, así como otras variadas milongas. ¡Qué empalagosos pueden llegar a ser los poetas!

Sean agujeros, forámenes, meatos, zulos, oquedades, ojaes o cavidades, en nuestro quehacer médico diario dan mucho juego, como vamos a poder advertir.

La intimidad en medicina

El médico de urgencias llamó al siguiente paciente a través de los diferentes sistemas a su alcance: pantalla de plasma y megafonía. Nada. El paciente no aparecía, por lo que decidió acudir en persona a la sala de espera para llamarlo viva voce. La sala se encontraba de bote en bote y cuando iba a proceder a gritar el nombre del paciente, le detuvo una potente voz que procedía de un individuo entrado en años que gesticulaba de forma ostentosa y teatral, moviendo los brazos en su afán de llamar la atención del doctor. Pero no solo consiguió llamar la atención del médico, sino de todas las personas presentes en la sala que se volvieron en tromba a fin de no perderse ni un segundo del sainete que estaba a punto de producirse, meneando la cabeza a un lado y a otro, cual partido de tenis, en función de quien hablara:

–¡¡Doctor, doctor!! ¡¡Eh, doctor!! –insistía desde el fondo de la sala agitando los brazos.

–¿Sssssí? – preguntó con dudas el galeno.

–¡Doctor, ¿no se acuerda de mí?! ¡Soy el del dedo! ¡¡El del dedo!! – vociferaba el sujeto, exhibiendo en alto el dedo índice de su mano derecha.

–Perdone, pero ¿le conozco? – preguntó el médico con extrañeza ante la atenta mirada del público asistente que permanecía en un silencio sepulcral para no descuidar detalle.

–El hombre se acercó hacia el médico, franqueando la vorágine de pacientes y familiares, que se iban abriendo cuál Mar Rojo ante Moisés, batiendo el dedo índice y con una sonrisa en el rostro.

–¡Hombre! ¡Usted el otro día me metió un dedo por el culo! –gritó alegremente.

–Silencio en la sala. Ni una brizna de aire. Todo el mundo atento.

–Ya, bueno, pero... es que eso era una prueba diagnóstica que hacemos habitualmente –se defendió el sonrojado médico.

–Sí, ya. Pero no creo que a todos les diga: "Ha tenido usted mala suerte. El médico de ayer tenía el dedo más pequeño".

Ante el creciente cuchicheo general en la sala, el médico, que hay que explicar, era tamaño XXL, con dedos del tamaño de un salchichón, dio media vuelta y, rojo como un tomate, se refugió en su consulta intentando asimilar la falta de vergüenza que pueden llegar a tener algunos personajes.

Las bolas chinas

Aquella buena mujer entrada en la cincuentena, tenía un molesto problema de pérdidas de orina. ¿Si tosía un par de veces?: gotita de orina que se escapaba. ¿Que se le ocurría estornudar?: chorrito de pis que te

crío. La pobre estaba desesperada, hasta que un buen día comentando el problemilla en la escalera con la vecina del 5º, ésta, que lo había padecido en sus propias carnes, le hizo el siguiente comentario:

–¡Ay, querida Pepa! Lo que tienes que hacer es fortalecer la musculatura del suelo pélvico –le recomendó con la pericia de quien sabe que lo que ha leído en internet y aplicado en su propio beneficio no puede estar errado.

–¿Fortalecer el suelo qué? –preguntó sorprendida Pepa, la meona.

–El suelo pélvico, mujer. Es muy sencillo. Mira, te compras unas bolas chinas, te las colocas en el asunto y eso hace que te mejore la zona y que no se te escape el pis – le aseveró la vecina del 5º, mientras asentía con la cabeza y entornaba los ojos, conocedora de que le estaba solucionando la vida a su vecina.

–¡Pues lo he de probar! –aseguró la Pepa, que jamás había oído hablar de esas bolas... ¿chinas, había dicho?

–Pasaron los días y Pepa no tuvo más remedio que acudir a Urgencias. Motivo: cuerpo extraño. El médico de urgencias que le atendió, pensando que se trataría de algún tema oftalmológico, le preguntó:

–Qué, ¿se le ha metido alguna chinita al ojo?

–Que no, doctor, que lo mío no es problema de los ojos, que es de ginecología –contestó sonrojada la señora.

–Ante lo delicado del asunto, el médico avisó a la ginecóloga de guardia que procedió a atender a la mujer.

–Al rato, el urgenciólogo, presa de la curiosidad, se acercó a su compañera ginecóloga y le interrogó sin ocultar su excitación:

–¡Cuenta, cuenta! ¿Qué tenía la mujer? ¿Un támpax? ¿Un condón? ¡¿Qué? ¿Qué?!



Y la gine relató la historia. Resulta que la Pepa se decidió a probar las dichas bolas chinas y, ante su desconocimiento del tema, se dirigió al lugar en el que supuso que las vendían: ¡a un bazar chino! Entró, buscó y se llevó las bolas más baratas que encontró. "Total, como son para probar, no me voy a gastar un dineral" pensó inocentemente la ilusa mujer. Y se compró no unas bolas chinas, sino unas "bolas del chino", ¡¡de esas de poliespan!! y, ni corta ni perezosa se las introdujo en la vagina. Cuando aquello empezó a oler a rayos y truenos, se dio cuenta de que no había medio conocido por ella para poder sacarlas. Estaba claro y meridiano que aquello no iba bien y como no era cuestión de que la vecina del 5º derecha se enterara de su desdicha, acudió a urgencias, donde le solventaron el problema de las "bolas del chino", sacándole de su cándida ingenuidad, revelándole lo que son en realidad una auténticas bolas chinas.

Durante el insólito relato se había sumado un traumatólogo que sin disimulada curiosidad siguió, entre sonrisas, la extravagante e inaudita odisea de doña Pepa. Y cuando todos prorrumpieron en grandes carcajadas, el traumatólogo invitado, mirando a la ginecóloga apuntilló:

–¡¡Pues más vale que estamos en verano, porque si esto le ocurre en Navidad...!! ¡¡A saberse lo que te encuentras ahí adentro!!

¡Angelicos!





por
Juan Ramón
Corpas Mauleón.

66

Yehuda ha-Levi, la palabra que cura*

*“Las copas sin vino son pesadas,
son arcilla como las vasijas de barro,
mas al llenarlas de vino se hacen le
lo mismo que los cuerpos con las almas”*

Yehuda ha-Levi nace en Tudela, en una fecha concreta, alrededor del 1070. Recibe su primera formación en su rica ciudad y en la próspera y refinada corte de los Banu-Hud, de Zaragoza. En su mocedad, hacia los 15 años, realiza un largo periplo por los reinos hispanos del sur: Toledo, recién conquistada por Alfonso VI, Córdoba, Granada, Sevilla, y Lucena, poblada en aquellas décadas prácticamente sólo por judíos, faro de Sefarad, en cuya prestigiosa Yesivá profundiza en sus conocimientos talmudicos y en donde completa sus estudios de Medicina. Años de esplendor de las reinos de taifas, gran época de la poesía –“los poetas, dice al-Saqundi, se balanceaban entre los reyes como los céfiros en los jardines, entraban a saco en sus tesoros...”– en que los poetas cruzan España y visitan las cortes donde les aposentan, les gratifican, les respetan y anhelan. El navarro escribe poemas gozosos, báquicos y amorosos, a la moda del momento: *“Mi panal y mi miel están entre tus labios, /mi nardo y mi mirra entre tus dos pechos”*. Ha-Levi es valorado y acogido en todas partes con afecto, su inteligencia y refinamiento, el encanto de su persona y la calidad de sus versos le hacen popular en cada judería que visita.

En vez de
destinar su poe-
sía a los ditiram-
bos para elogiar
a reyes y señores,

Yehuda dedica sus versos a los amigos, a los familiares de sus amigos, a condiscípulos y maestros, sean o no poderosos. Especialmente honda y enriquecedora es su amistad con Moisés ibn Ezra, de Granada. Si estas fórmulas salen de la norma, especialmente original es el hecho de que también escriba piezas sin sujeto conocido para que puedan ser utilizadas por el pueblo cuando este las necesite.

Pero llegan los años difíciles. La intolerancia de los conquistadores almorávides, le expulsa, como a tantos otros de su pueblo, del Al-Andalus. Recogido en Toledo por su amigo y colega, médico de Alfonso VI, Ferruziel (el Cidiello), escribe los primeros versos conocidos en romance. Y las cruzadas aumentan su sufrimiento, al ver como cristianos y musulmanes se disputan lo que él considera patrimonio del pueblo judío. Aunque se mueve por otras ciudades, vive del ejercicio de la Medicina en la capital de la corte de Castilla, mientras su poesía se hace progresivamente más religiosa, más honda, más libre. La añoranza de Israel le ronda, le penetra, y un impulso espiritual y arrebatado, que inaugura la gran corriente de la mística española, emerge de sus versos. El Tudelano inaugura un género poético, la añoranza de Sión, que a lo largo de los siglos se desarrollará con el nombre de Siónidas: *“Me parecerá tan fácil abandonar todo el bien de Sefarad/comopreciado contemplar las ruinas del santuario destruido”* y escribe su libro apologético *El Kuzari*, en defensa de la religión judía.

En 1140, anciano y viudo, se separa de su hija y de su amado nieto, Yehuda, y a despecho de protestas y súplicas, parte hacia Israel. Nacen los deslumbrantes poemas del mar de quien Alberti llamó el «marinero de Dios». Tras varios meses de estancia en Alejandría y El Cairo, donde es objeto de reverencia y admiración, en mayo de 1141, se dirige a los lugares santos. Muere en agosto de ese año, en Jerusalén. La tradición afirma que pisoteado por los cascos de un jinete árabe. Su paisano Benjamín de Tudela, cincuenta años más tarde, dice haber visto su tumba.

Todos los especialistas coinciden en considerarle la figura cumbre del «Siglo de Oro de la literatura sefardí». El profesor Villacrosa afirma que «ningún poeta hebraico ha conmovido la sinagoga ni ha gozado de más simpatía fuera de ella». Menéndez Pelayo le apellida «príncipe de los poetas hebraicos españoles». Excelente galeno y gran poeta, Yehuda ha-Levi representa un excelente ejemplo de médico humanista.

**Resumen de la conferencia impartida en las primeras Jornadas de Humanismo y Salud, organizadas por el Colegio de Médicos y el Ateneo Navarro/Nafar Ateneoa.*





EL SEGURO DE AUTO
DE A.M.A.
SEGUNDO MEJOR
VALORADO DEL SECTOR

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016
de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

60%* bonificación
en su seguro de Automóvil

- ✓ NUEVOS SERVICIOS DE ITV Y GESTORÍA
- ✓ AMPLIA RED DE TALLERES PREFERENTES
- ✓ REPARACIÓN Y SUSTITUCIÓN DE LUNAS A DOMICILIO
CON DESCUENTOS DE UN 50% POR NO SINIESTRALIDAD
- ✓ PÓLIZAS DE REMOLQUE
- ✓ LIBRE ELECCIÓN DE TALLER
- ✓ ASISTENCIA EN VIAJE 24 HORAS DESDE KILÓMETRO CERO
- ✓ PERITACIONES EN 24-48 HORAS
- ✓ RECURSOS DE MULTAS
- ✓ DECLARACIÓN DE SINIESTROS POR TELÉFONO E INTERNET



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. PAMPLONA

Avda. Pío XII, 30 Tel. 948 27 50 50 pamplona@amaseguros.com

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)

Avda. Baja Navarra, 47; 1ª Tel. 948 21 02 28 cpamplona@amaseguros.com

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 28 de febrero de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



Nuevo Clase A 200 d SPORTIVE AMG por 220€/mes*. Pon tus emociones a prueba.

¿Sabes lo que se siente al llevar tus emociones al límite? El nuevo Clase A SPORTIVE AMG ha llegado para hacerte vivir una experiencia que te dejará sin aliento. ¿Estás preparado para probarlo? Ahora por 220€* al mes en 48 cuotas (**entrada 9.689,09€, cuota final 17.918,86****, TIN 7,95%, TAE 9,28%). Y con Servicio Fidelity por 36€/mes, 3 años de garantía y 5 años de mantenimiento integral hasta 100.000 km (incluido piezas de desgaste, excepto neumáticos).

Consumo mixto 4,0-3,8 (l/100 km) y emisiones de CO₂ 103-99 (g/km).

*Ejemplo de Financiación para un Clase A 200 d SPORTIVE AMG y cambio automático. PVP 31.675€ (Impuestos y transporte incluidos. Gastos de preentrega no incluidos.) con las facilidades del programa Alternative de Mercedes-Benz Financial Services España, E.F.C., S.A. - Avda. Bruselas 30- 28108 Madrid. Válido para solicitudes aprobadas y contratos activados hasta el 31/12/2016, teniendo el cliente un plazo de 14 días hábiles para ejercer su derecho de desistimiento. Importe a financiar 21.985,91€. Por 220€ al mes en 48 cuotas y una cuota final de 17.918,86€, entrada 9.689,09€, TIN 7,95%, comisión de apertura 657,38€ (2,99%). TAE 9,28%, Importe total adeudado 29.136,24€. Precio total a plazos 38.825,33€. Ejemplo válido para 20.000 kms/año. **Existen 3 posibilidades para la última cuota: cambiar el vehículo, devolverlo (siempre que se cumplan las condiciones del contrato), o adquirirlo pagando la última cuota. Modelo visualizado no corresponde con modelo ofertado. Más información en www.mercedes-benz.es

Clase A 200 d SPORTIVE AMG:

- Diseño interior y exterior AMG
- Llantas de aleación AMG de 18"
- Cambio automático 7G-DCT con doble embrague y 7 velocidades
- DYNAMIC SELECT con 4 programas de conducción



GAZPI

Concesionario Oficial Mercedes-Benz
www.gazpi.mercedes-benz.es

Parque Empresarial LA ESTRELLA. 31192 TAJONAR (NAVARRA) Tel.: 948 852 000
Pol. Ind. LA BARRENA. Avda. Zaragoza, s/n. 31500 TUDELA (NAVARRA) Tel.: 948 822 424