Colegio Oficial de Médicos de Navarra

PANACEA

Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Junio 2017

118



Premios del IV Certamen de Casos Clínicos para **M**édicos **I**nternos **R**esidentes

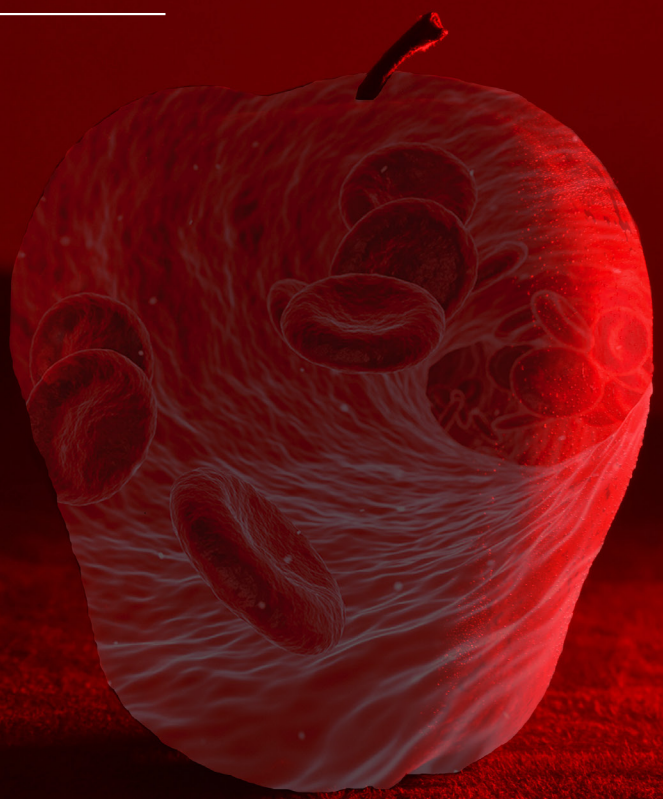
Banco de Sangre:

Todo lo que quería saber sobre la donación...

...y NO SE ATREVÍA A PREGUNTAR

El Colegio estrena su Aula de Salud para ciudadanos.

Smart Health: Retos y tendencias de la salud inteligente.



Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME ATREVO A TODO...



Reservas: 948 226 364
www.restauranteelcolegio.es
restauranteelcolegio

SUMARIO

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
Junio 2017 - Nº 118

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Enrique Martínez, Alberto Lafuente, Tomás Rubio, Julio Duart y Manuel García Manero.

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, Joaquín Barba, Carlos Larrañaga, Sara Pérez, Rebeca Hidalgo, Óscar Lecea, Tomás Rubio, Mª Victoria Güeto y Laura Berriuso.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

Publicidad:

Nelson. Estrategia & Publicidad
Tel: 948 32 19 09

Fotografía:

Redacción.

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

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 colaboradores en los trabajos publicados en estas páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos:

11 Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en Navarra.



24 Voces que sanan: VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España.



18 Aspectos jurídicos del ejercicio de la medicina por los médicos jubilados.



21 Ética y Deontología: El uso ético de los méritos propios.



46 Ventajas y riesgos de las nuevas tecnologías en menores



...y además

5 Editorial
6 IV Certamen de Casos Clínicos
12 Médicos en Formación
14 Aula de Salud
18 Ética y Deontología
22 Cooperación
28 Actividades Junta Directiva
30 Formación en el Colegio
34 Clen College
36 Banco de Sangre
42 Sociedades Científicas
54 Universidad: Smart Health
56 Congreso OEE
60 Pamplona NephrologyUpdate
62 Restaurante
64 Asesoría Jurídica
66 Estadística
68 Biografías médicas
72 Anecdotario
74 Firma invitada
76 Libros

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN TWITTER Y LINKEDIN

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.

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.mueblessaskia.com

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

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

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME): **Cuidando de ti, cuidando de todos.**



Dr. Alberto Lafuente

Vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Navarra y responsable del PAIME.

El Colegio de Médicos de Navarra fue uno de los primeros en poner en marcha el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en el año 2001, gracias a un convenio de financiación con el Departamento de Salud.

Desde el 2004, se han atendido más de 80 solicitudes de compañeros que han recibido una atención sanitaria de calidad y especializada en enfermedades relacionadas con los trastornos psíquicos y/o conductas adictivas que puedan interferir en su práctica profesional.

Se trata de un Programa pionero en Europa, que goza de una valoración muy positiva entre los médicos que lo han utilizado, por su rapidez, confidencialidad y gratuidad. Proporciona una asistencia profesional personalizada, fuera del circuito asistencial, y con instalaciones de internamiento confidenciales. Pero todavía muchos compañeros no lo conocen.

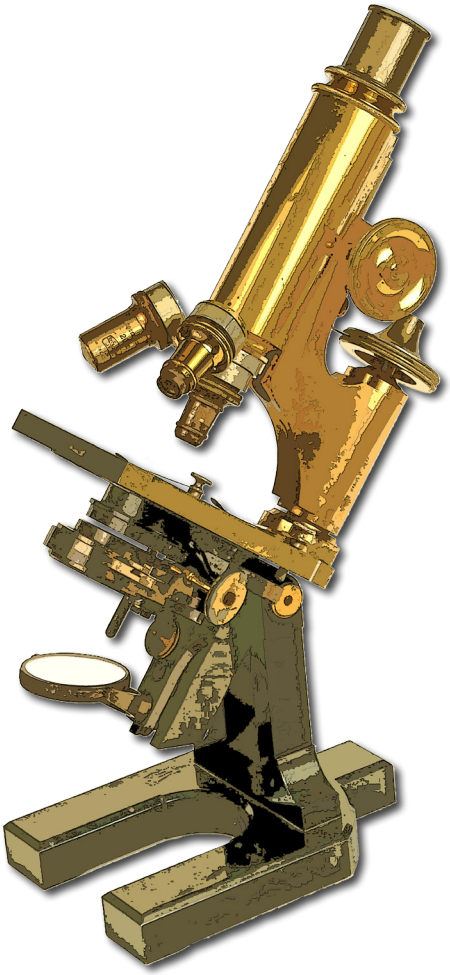
Se calcula que entre un 10-12% de los médicos en ejercicio pueden sufrir en el trascurso de su vida profesional uno o más episodios de problemas psíquicos y/o conductas adictivas al alcohol y otras drogas. Nadie está exento de padecer o conocer a algún colega con este problema. El apoyo a los compañeros no debe basarse nunca en el encubrimiento de situaciones de riesgo. Nuestro código deontológico dice que "un médico conocedor de un problema de salud de otro médico, que pueda comportar un riesgo de mala praxis, tiene el deber deontológico de comunicarlo a su Colegio Oficial de Médicos".

El responsable del PAIME en Navarra es el Vicepresidente primero del Colegio de Médicos y atiende personalmente las llamadas en el teléfono 682 701 444 y en el correo paime@medena.es. Tras la comunicación al Colegio, el psiquiatra coordinador del Programa evalúa el caso y propone el plan a seguir. El tratamiento podrá ser realizado por el profesional que elija el médico, bien un médico del propio programa o uno ajeno al mismo, pero siempre en estrecha colaboración con el coordinador. En caso de precisar ingreso, puede realizarse en una unidad localizada en Pamplona o en Barcelona (Fundación Galatea).

Garantizar la buena salud del médico para garantizar asimismo la buena praxis y la seguridad en la atención a nuestros pacientes es el resultado final del abordaje integral y multidimensional que el PAIME procura.

Ayúdanos a darlo a conocer.

IV Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes



Jesús Olivas, Itziar Leturia y Begoña Gastón, ganadores del primer, segundo y tercer premio.

Daniel Oyón, premio al mejor póster.

▪ TRINI DÍAZ

Jesús Olivas Menayo, residente de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en la Clínica Universidad de Navarra ha sido el ganador del IV Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes convocado por el Colegio de Médicos de Navarra, con el caso clínico titulado *Reconstrucción de la sonrisa en el Síndrome de Moebius*. El premio está dotado con 1.000 euros.

El segundo premio (750 euros) recayó en Itziar Leturia Delfrade, residente de Medicina Interna en el Complejo Hospitalario de Navarra por su caso *Herida de fusil, diagnóstico muy sutil*.

Begoña Gastón Moreno, residente de Ginecología en el Complejo Hospitalario de Navarra, recibió el tercer premio (500 euros), por su caso *Gestante con osteogénesis imperfecta: un desafío para la naturaleza*.

El premio al mejor póster (300 euros) fue para Daniel Oyón Lara, residente de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra, por el caso titulado *Resolución de Glucogenosis tipo Ia y Enfermedad de Von Willebrand tras transplante hepático*.

52 casos presentados

Un total de 52 casos clínicos han optado a los premios de este IV Certamen. De ellos, el Jurado seleccionó los diez mejores casos para su presentación oral y otros quince para su presentación en formato póster. El pasado 17 de mayo, los finalistas defendieron su caso y contestaron a las preguntas del Jurado formado por los doctores Jon Ariceta (Subdirector Asistencial de Procesos Quirúrgicos en el Complejo Hospitalario de Navarra), Jean Louis Clint (médico de Familia en el Centro de Salud de Aoiz), Tomás Rubio (médico internista del Complejo Hospitalario de Navarra y tesorero del Colegio de Médicos) y Mª del Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y vocal de Médicos en Ejercicio Libre del Colegio).

Otros quince casos clínicos optaron al premio en la modalidad póster, en la que el Jurado ha valorado la calidad científica del trabajo, su presentación gráfica y la capacidad de síntesis del autor o autores.

Destacar el alto nivel científico de los casos presentados a este Certamen, que el Colegio de Médicos de Navarra mantendrá en años sucesivos con el fin de favorecer la formación profesional, incentivar el esfuerzo, el trabajo bien hecho y la Medicina de alto nivel. El Colegio prepara la edición de un libro con los 25 casos finalistas.



Ganadores del IV Certamen: Itziar Leturia (segundo premio), Jesús Olivas (primer premio) y Begoña Gastón (tercer premio) con algunos finalistas y jurado.

1º Premio

Autor:
Jesús Olivas Menayo

R3 de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en la Clínica Universidad de Navarra.

Les hemos preguntado...

1. ¿Esperabas el premio?
2. ¿Por qué elegiste este caso?
3. Explica en qué consiste el caso y las principales conclusiones.
4. ¿Qué valoración haces de este IV Certamen?
5. ¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

1 No me lo esperaba. Creo que en una especialidad quirúrgica es más complicado explicar un caso clínico en el que el punto fuerte está en la dificultad técnica y el reto que supone personalizar un procedimiento quirúrgico frente a la interesante discusión que puede dar lugar la sospecha clínica y el diagnóstico diferencial de una especialidad médica. Agradezco mucho al Colegio de Médicos que haya reconocido el gran trabajo que realizamos los cirujanos plásticos reconstruyendo aquello que no existe o mejorando lo que hay ya que, debido a los medios de comunicación, parece que nuestra especialidad sólo se dedica a realizar intervenciones estéticas, pero no es así. Nuestro gran conocimiento en anatomía y en plasticidad tisular nos permiten realizar importantes reconstrucciones de cualquier área anatómica.

2 Porque incluye prácticamente todos los aspectos de nuestra especialidad como es el conocimiento anatómico y de los diferentes patrones vasculares y nerviosos de zonas tan diferentes como el muslo y la cara, para así poder realizar transferencias musculares en casos como el de nuestra paciente. El caso presentado permite mostrar las técnicas de microcirugía para llevar a cabo anastomosis vasculares y coaptaciones nerviosas, que aportarán circulación sanguínea y carga axonal, respectivamente. Además, al tratarse de una cirugía para la reconstrucción de la sonrisa tuvimos que seguir criterios de armonía facial que nos permitieron lograr un buen resultado estético con una adecuada simetría, tanto estática como dinámica.

3 Se trata del caso de una niña de 4 años con Síndrome de Moebius, a



Tomás Rubio entregó el primer premio a Jesús Olivas.

la que realizamos una reconstrucción de la sonrisa mediante autotransplante bilateral de músculo gracilis. El Síndrome de Moebius es una enfermedad rara, caracterizada principalmente por la parálisis bilateral de los músculos inervados por el nervio facial y por el nervio abducens (pares craneales VI y VII). El rasgo más característico de estos niños es la "cara de máscara" sin capacidad para sonreír, lo cual limita su vida social pudiendo desencadenar alteraciones psíquicas. Al igual que en otras enfermedades raras, todavía no existe un protocolo para el tratamiento e integración de los pacientes que lo sufren, por ello, cada caso supone un reto en el que la personalización del tratamiento quirúrgico es fundamental para lograr un óptimo resultado. Además, un tratamiento precoz antes de la escolarización, permite evitar problemas en las relaciones sociales y afectivas, que en los casos más severos puede evolucionar a ciertos rasgos de autismo. Gracias al desarrollo de las técnicas microquirúrgicas, hoy en día es posible realizar la reanimación de la sonrisa en este tipo de pacientes.

4 Muy positiva ya que hemos podido ver representados todos los campos de la medicina y cirugía, observando el importante trabajo que cada especialidad realiza para permitir la mejor atención de nuestros pacientes. Además, creo que es muy interesante acudir a un foro de estas características donde puedes ver casos clínicos con gran relevancia para el conocimiento médico de diferentes especialidades, algo que permite recordarnos que la especialización de la medicina existe para saber trabajar en equipo y derivar adecuadamente a cada paciente al especialista que solucione mejor su problema.

5 Sin duda, es una gran oportunidad que el Colegio de Médicos nos da a los residentes para poder realizar comunicaciones orales en un entorno diferente al que estamos acostumbrados, que suele ser en el ámbito de la propia especialidad. Exponer ante otras especialidades, te da otro punto de vista que los congresos de tu campo no te aportan, ya que las dudas y preguntas que se plantean son bastante diferentes.

2º Premio

Autora:
Itziar Leturia Delfrade

R1 de Medicina Interna en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

1 Ha sido la primera vez que he participado en un certamen de este tipo y, aunque suene muy típico decirlo, no me lo esperaba ni era el objetivo principal, pero siempre es bienvenido. Cuando supimos de la convocatoria nos pareció buena idea participar para ir adquiriendo experiencia y fuimos varios los compañeros que participamos. A pesar de que la cara visible haya sido yo, ha sido un trabajo en equipo, y sin la aportación de cada uno de ellos no hubiera sido posible, por lo que el premio también nos pertenece a todos.

2 Me parece que refleja muy bien las bases fundamentales para llegar a un correcto diagnóstico: la anamnesis y la exploración física. La confirmación mediante las pruebas complementarias de la principal sospecha clínica supuso un reto, pues al principio fueron negativas. Esto nos hizo volver otra vez al punto inicial, a la sospecha clínica, para realizar otras pruebas de imagen alternativas que, finalmente, confirmaron el diagnóstico.

3 Se trata de un paciente que ingresó en nuestro Servicio por lumbociatalgia de características inflamatorias y fiebre, y que al reshistoriar refería haber presentado varias semanas antes una herida en el pulpejo



Jean Louis Clint entregó el segundo premio a Itziar Leturia

del primer dedo de la mano izquierda, que se le quedó atrapado al ensamblar el arma que utilizaba para la caza. Desde el principio, la principal sospecha clínica fue la de la espondilodiscitis hematógena, aunque las pruebas complementarias realizadas no lograron confirmar este hecho. Posteriormente, ante la insistencia y uso de pruebas complementarias alternativas, se logró demostrar el diagnóstico.

4 Positiva, sin lugar a dudas. Pienso que es una oportunidad para que los residentes nos introduzcamos en este otro aspecto de nuestro trabajo y formación. Nos permite, poco a poco, ir cogiendo experiencia en la presentación de casos clínicos junto con otros compañeros, ya sea de forma escrita, oral o póster. Así que es interesante que el certamen se siga repitiendo en los próximos años y que los residentes se animen a participar.

5 Por un lado, como ya he dicho antes y personalmente para mí, para ir adquiriendo experiencia en presentar trabajos frente al público, un aspecto importante para personas que, como yo, no tenemos especial habilidad en ello. Por otro lado, el oír y leer casos de otros compañeros también es muy interesante y siempre aporta nuevos conocimientos. Por último, en menor medida, este año al conseguir hacernos con uno de los premios, nos vendrá bien para invertir en nuestra formación u otras necesidades que nos surjan.

Begoña Gastón, en la defensa de su caso.



3º Premio

Autora:
Begoña Gastón Moreno

R3 de Ginecología y Obstetricia en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).

1 No esperaba el premio ya que el año pasado pude comprobar el alto nivel científico de todos los participantes y de sus casos clínicos.

2 Tras obtener el consentimiento informado oral y escrito de la paciente, decidí escoger este caso por tratarse de una patología materna grave y poco frecuente. Además, el manejo de la gestación supone un reto para el obstetra, que debe afrontarlo de forma multidisciplinar junto con otros especialistas para el adecuado seguimiento y prevención de las complicaciones materno-fetales.

3 Se trata de una paciente de 38 años con osteogénesis Imperfecta grado III-IV (forma severa, según la clasificación de Sillence modificada) que decide, junto con su pareja,

buscar gestación. Optan por someterse a técnicas de reproducción asistida mediante fecundación in vitro con ovodonación para la obtención de descendencia libre de enfermedad. Se realiza un seguimiento estrecho de la gestación en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico, así como seguimiento y despistaje de las posibles complicaciones maternas durante el embarazo, a consecuencia de su patología de base.

El embarazo cursa sin incidencias y finaliza en la semana 35 mediante cesárea electiva por las condiciones maternas. Durante el puerperio inmediato, la paciente requiere reintervención quirúrgica a causa de una atonía uterina refractaria a tratamiento médico y anemia grave. Durante la misma, se comprueba ausencia de solución de continuidad y hematomas a nivel de la histerorrafia, y se realiza taponamiento uterino con Balón de Bakri. Tras una evolución satisfactoria post intervención, la paciente es dada de alta al octavo día post cesárea.

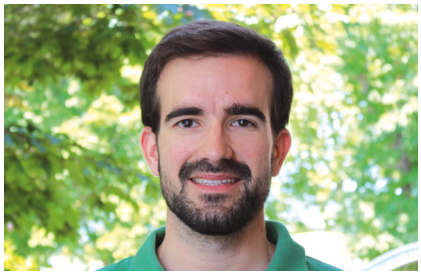
La principal conclusión de este caso clínico es que se trata de una patología grave y potencialmente mortal, en la cual el manejo es complicado por la escasa casuística disponible en la literatura. Sin embargo, está claro que debe realizarse un seguimiento multidisciplinar de estas pacientes, mediante un equipo formado por obstetras, ecografistas, neumólogos, cardiólogos, anestesistas y neonatólogos.

4 El Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes de Navarra supone una gran oportunidad para adquirir experiencia en la exposición de comunicaciones orales en público. A pesar de que durante los últimos años ha habido una alta participación por parte de los Residentes en el envío de casos clínicos, es una pena la escasa asistencia de público el día de las comunicaciones.

Premio Mejor Póster

Autor:
Daniel Oyón Lara

R2 de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN).



1 La verdad es que no. Hemos intentado sintetizar en un póster y de manera visual un caso muy interesante; sin embargo, el gran atractivo y el excelente nivel del resto de compañeros hacían muy difícil ser elegidos en primer lugar.

2 Fue un caso que me impresionó durante mi rotación en trasplante hepático por la juventud del receptor y la indicación del trasplante; por las complicaciones en el postransplante, que supusieron todo un reto diagnóstico y terapéutico, con la necesidad de tomar decisiones y actuar con rapidez; y finalmente, por la buena evolución clínica de la paciente y la gran mejoría de su calidad de vida tras el trasplante. Todo ello, hacía el caso muy atractivo para presentarlo al Certamen.

3 Presentamos el caso de una mujer de 19 años, diagnosticada de glucogenosis tipo Ia (enfermedad de Von Gierke) y de enfermedad de von Willebrand tipo 1, a la que se le realiza un trasplante hepático. La indicación fue la presencia de múltiples adenomas hepáticos hemorrágicos sintomáticos. Presentó, como complicación, una hepatitis isquémica por estenosis parcial de la arteria hepática secundaria a un biloma, de la que evolucionó satisfactoriamente. La paciente presentó una gran mejoría de su calidad de vida, con normalización de sus cifras basales de glucemia y retirada de la gastrostomía percutánea, mejoría de la anemia, desaparición del dolor abdominal y del riesgo de malignización de los adenomas hepáticos. Asímismo, normalizó los valores analíticos de factores de la coagulación.

De esta forma, las manifestaciones clínicas secundarias a la afectación hepática de la glucogenosis tipo Ia y la enfermedad de von Willebrand se resolvieron con el trasplante.

4 Se trata de una buena iniciativa del Colegio para promocionar y estimular entre los residentes la realización de trabajos de investigación en relación con la práctica clínica diaria. Me gustaría destacar el alto nivel científico de los casos presentados y la excelente oportunidad que supone este Certamen para compartir con otros compañeros experiencias clínicas en diferentes servicios y centros.

5 Esta experiencia nos permite desarrollar y poner en práctica los conocimientos que vamos adquiriendo a lo largo de estos años de formación. La revisión de un caso clínico nos da la oportunidad de analizar en profundidad las decisiones tomadas y los interrogantes planteados en cada momento. Además, nos permite profundizar en el conocimiento de una determinada patología, contribuyendo todo ello a mejorar la calidad asistencial que reciben nuestros pacientes.



El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) en Navarra lleva atendidos 80 casos desde el 2004

El PAIME es confidencial y gratuito para los colegiados con problemas de salud mental y/o adicciones

El responsable del PAIME en el Colegio de Médicos de Navarra es su Vicepresidente primero, que atiende personalmente las llamadas en el teléfono 682 701 444 y el correo-e paime@medena.es

Desde que en 1998 se creara el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), han sido atendidos 4.294 médicos en toda España. En Navarra, 80 médicos han accedido al Programa PAIME desde el año 2004 y, en la actualidad, 35 profesionales navarros están en activo, recibiendo algún tipo de asistencia.

Este programa singular, único en España desde el ámbito profesional y referente en Europa y en el mundo, nació por iniciativa del Colegio de Médicos de Barcelona y, actualmente, está implantado en todas las comunidades autónomas, en el ámbito de los Colegios de Médicos y bajo el paraguas Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSPOMC). Su objetivo es cuidar de la salud del médico para garantizar una asistencia de calidad a los ciudadanos.

En Navarra, se creó en el año 2001, gracias a un convenio de colaboración entre el Colegio de Médicos de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Declaración final del VII CONGRESO PAIME: prevenir, persuadir y rehabilitar

El 11 y 12 de Mayo, se celebró en Palma de Mallorca el VII Congreso PAIME bajo el lema "Cuidando de ti, cuidando de todos". Alberto Lafuente, vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Navarra y responsable del Programa, participó en el encuentro en el que se abordó la situación actual del PAIME transcurridos cerca de 20 años desde su creación y se puso en valor la estrecha relación entre el PAIME y la Deontología Médica.

La Declaración final del Congreso recoge las siguientes conclusiones:

- El colectivo médico tiene como primera obligación proteger al paciente y su seguridad, pero esta obligación no es incompatible con el deber de no abandonar al médico enfermo por patologías mentales y/ó adictivas que dentro de la más estricta confidencialidad y con un abordaje integral constituye la auténtica naturaleza del PAIME. Un Programa de Médicos para Médicos. Es un deber ineludible de los Colegios de Médicos, ejercer su responsabilidad en la autorregulación de la profesión garantizado la buena praxis médica y el Buen Quehacer del Médico (BQM).

- La feminización progresiva de la profesión médica es una creciente e incuestionable realidad que hace imprescindible incorporar la perspectiva de género al PAIME. Los roles de género son fundamentales a la hora de analizar las específicas peculiaridades en el proceso de enfermar de hombres y mujeres y de abordar el tratamiento integral.

- Prevenir, persuadir y rehabilitar debe ser una orientación prioritaria en la aplicación del PAIME como contraposición a sancionar, coaccionar e inhabilitar. El Contrato Terapéutico (CP) se ha mostrado como un aliado clave del PAIME para conseguir los mencionados objetivos.

- Son retos de futuro: disponer de estrategias para la eficaz divulgación del PAIME entre los propios médicos, las administraciones públicas y la sociedad en general; contar con una estructura Colegial estable y sostenible que permita hacer frente a los desafíos del presente y las oportunidades de futuro; y dotar a los Colegios de Médicos de instrumentos eficaces y a los clínicos de habilidades personales para el abordaje eficaz del médico enfermo como caso difícil.

El Colegio recibe a los nuevos colegiados y les ofrece apoyo en su formación MIR



La Junta Directiva con los nuevos MIRes colegiados en Navarra.

■ TRINI DÍAZ

Un total de 514 médicos internos residentes (MIR) se forman en Navarra, de los que 337 son mujeres

Los nuevos médicos internos residentes, que han iniciado recientemente su formación MIR en la red sanitaria pública y en la Clínica Universidad de Navarra, recibieron el apoyo de la profesión en una acto de bienvenida, celebrado el pasado 22 de junio en el Colegio de Médicos de Navarra, con el fin de darles a conocer los servicios que les ofrece y animarles a participar en las actividades del Colegio, "que ahora es vuestra casa, venid a ella y aportad nuevas ideas", comentó el presidente del Colegio de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira.

Los 115 nuevos colegiados en Navarra, de los que 71 son mujeres, se integran en la vocalía de Médicos en Formación que agrupa, en estos momentos, a 514 médicos (337 mujeres), lo que confirma la tendencia a la feminización de la profesión médica que se viene registrando en los últimos años.

Certamen de casos clínicos y becas de apoyo a la formación

El vocal de Médicos en Formación del Colegio de Médicos de Navarra, João Luis Modesto Dos Santos, se dirigió a la nueva generación de médicos destacando la fortuna de formarse en Navarra, "donde están en marcha proyectos muy atractivos". Les ofreció el apoyo del Colegio y les animó a sumarse a iniciativas que gozan de gran aceptación, como el Certamen de Casos Clínicos y las becas Dr. Ignacio Landecho de Apoyo a la formación MIR -financiadas por Cinfa- para estancias en centros de reconocido prestigio.

El Dr. Teijeira explicó otros servicios punteros en el Colegio como la atención frente a agresiones, que proporciona ayuda legal rápida y personalizada, la Oficina de Cooperación y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), confidencial y gratuito para los profesionales con enfermedades psiquiátricas y/o adicciones que puedan interferir en su actividad profesional.

Solidaridad entre médicos: 43 beneficiarios en Navarra

Finalmente, animó a los nuevos colegiados a formar parte de la Fundación para la Protección Social de la OMC (FPSOMC), entidad de solidaridad entre médicos, que en Navarra cuenta con 43 beneficiarios entre colegiados y familiares y reparte más de 17.500 euros mensuales en ayudas para médicos inválidos, prestaciones y becas de estudio a huérfanos de médicos, etc.

Nuevo vocal de Médicos en Formación: João Luis Modesto Dos Santos



Es residente de segundo año de Medicina Interna en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y ha aceptado la propuesta de la Junta Directiva del Colegio para representar a los médicos en formación. Nació en Lisboa (Portugal), se instaló en Pamplona con 18 años para comenzar sus estudios de Medicina en la Universidad de Navarra y, finalmente, optó por hacer su formación MIR en Navarra.

En el Colegio representa a los médicos en Formación, una Vocalía que agrupa a 514 profesionales, de los que 337 son mujeres, y que quedó vacante en las últimas elecciones celebradas en diciembre del 2016.

La bienvenida a los nuevos MIR fue el acto colegial con el que ha estrenado su mandato.



La bienvenida comenzó en el salón de actos.

Visita a la sede colegial.



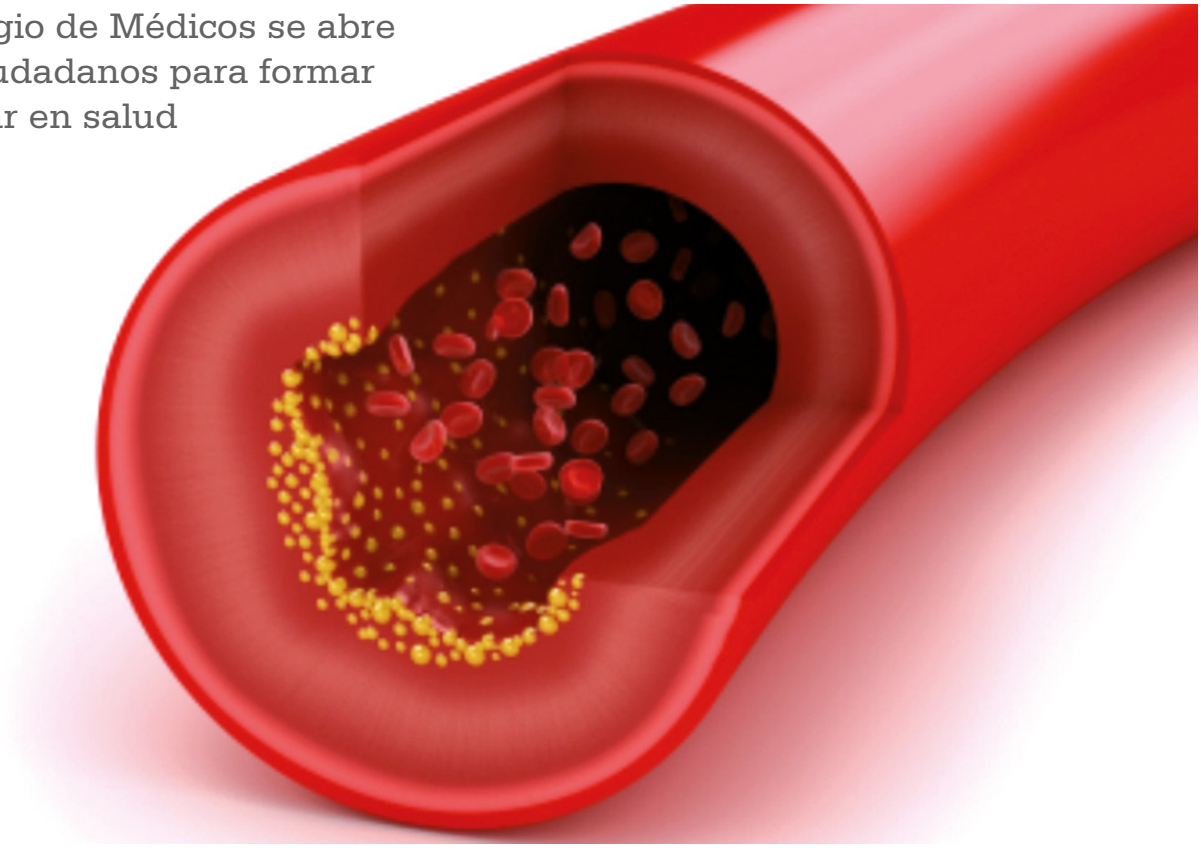
¿Qué razones te han llevado a formar parte del Colegio de Médicos?

Participar como vocal desde el inicio de mi residencia permite darle cierta continuidad a esta figura y, además, siempre he tenido inquietudes sociales que me llevan a intentar aportar algo a mi entorno más cercano.

¿Qué crees que puedes hacer por los médicos en formación?

Tengo dos objetivos principales. Por un lado, hacer llegar todas las necesidades de los residentes al Colegio de Médicos y, por otro lado, transmitirles el apoyo del Colegio durante nuestra formación y a lo largo de nuestra carrera.

El Colegio de Médicos se abre a los ciudadanos para formar y educar en salud



Ejercicio físico regular, dieta mediterránea y dejar el tabaco son las armas más efectivas frente al riesgo vascular

▪ TRINI DÍAZ

El Dr. Julio Sánchez Álvarez, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra y profesor de la UPNA, protagonizó la primera charla-coloquio del Colegio de Médicos de Navarra dirigida a los ciudadanos, el pasado 29 de mayo

Médicos y pacientes, profesionales de la salud y ciudadanos, participaron en la primera actividad del ciclo ¿Qué debemos saber…? impulsada por el Colegio de Médicos de Navarra, que periódicamente abrirá su sede a la ciudadanía para que diferentes expertos expliquen los temas de salud que más frecuentemente preocupan. El Colegio de Médicos de Navarra pone en marcha esta actividad con la voluntad de acercar a los ciudadanos información, consejos y recomendaciones para llevar una vida más saludable, saber cómo abordar algunas dolencias o cómo mejorar la calidad de vida cuando se convive con alguna enfermedad.

Promovida por la Vocalía de Médicos Jubilados

El ciclo de charlas ¿Qué debemos saber…? es una iniciativa de la Vocalía de Médicos Jubilados. Su vocal, el Dr. Juan José Unzué, subrayó que miles de españoles reciben cada año un diagnóstico de hipertensión, hipercolesterolemia,diabetes u obesidad. "A todos se les explica cuáles son los riesgos que implican estos trastornos y qué cambios deben realizar para controlarlos. Los estudios demuestran que, a pesar de la buena disposición inicial, más de la mitad fracasará en su intento de abrazar un estilo de vida saludable".

Este programa de divulgación sanitaria dirigido a la población trata de extender la necesaria relación médico-paciente al ámbito de la prevención porque "cuánto más sepa un paciente y más entienda el beneficio que puede reportarle introducir ciertos cambios en su vida cotidiana, más se implicará en su cuidado y mejor cumplirá los tratamientos que prescribimos", concluyó el Dr. Unzué.

El ciclo ¿Qué debemos saber…? abordará en próximas charlas otros temas como la diabetes o la enfermedad renal.



Médicos y pacientes en el salón de actos del Colegio de Médicos.

¿Qué debemos saber sobre colesterol y riesgo vascular?

En la charla-coloquio con el título ¿Qué debemos saber sobre colesterol y riesgo vascular?, el Dr. Julio Sánchez Alvarez enfatizó la importancia de adquirir hábitos de vida saludables que incluyan ejercicio físico regular, dieta mediterránea con ingesta calórica adecuada y evitar el tabaco, "particularmente nocivo en la población diabética". Esta es la receta para prevenir las enfermedades cardiovasculares, "que avanzan de manera silenciosa, sin dar apenas señales de alarma".

El experto explicó las diferencias entre lo que conocemos como colesterol "bueno" y colesterol "malo", destacando que en los últimos años se ha realizado un esfuerzo importante en investigar fármacos que eleven los niveles de colesterol unido a las lipoproteínas HDL (colesterol bueno). "De hecho, se han descubierto algunos que consiguen elevaciones importantes, aunque desgraciadamente no se ha observado ningún beneficio. La mejor recomendación para elevar este colesterol es realizar ejercicio de forma regular y abandonar el tabaco. Aunque la elevación que se consigue es modesta, el beneficio global es muy importante".

Medicación, siempre que esté indicada

En cuanto al colesterol unido a las lipoproteínas LDL (colesterol malo), que aumenta el riesgo de desarrollar arterioesclerosis y, por tanto, de sufrir enfermedades cardiovasculares, el Dr. Julio Sánchez subrayó que hacer ejercicio regular, dejar de fumar y adquirir unos hábitos dietéticos saludables sirve en todas las situaciones y va a producir beneficio, aunque las cifras de colesterol "malo" sean normales. "No obstante, y siempre que esté indicado, disponemos desde hace años de medicamentos que van a contribuir a descender este tipo de colesterol y que han supuesto una mejora de las expectativas de vida en los pacientes con alto riesgo de padecer estas enfermedades y, sobre todo, en aquellos que ya han sufrido alguna de ellas".



El Dr. Julio Sánchez Álvarez, Jefe del Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra y profesor de la UPNA, habló sobre colesterol y riesgo vascular.

Sobre las estatinas, fármaco base en el tratamiento del colesterol, indicó que "a partir del primer año, los pacientes mejoran de forma estadísticamente positiva, disminuyendo el número de infartos y anginas de pecho respecto a los que no son tratados, y eso ocurre en todos los grupos de edad".

En respuesta a las preguntas del público, aclaró que "la edad no tiene que ser una limitación para su administración, siempre que se vigile su interacción con otros medicamentos que ya tome el paciente" y que sus efectos secundarios están perfectamente descritos (dolores musculares, los más comunes). "Se ha comentado, incluso, que pueden favorecer el Alzheimer, pero no hay estudios que lo demuestren. De lo que sí tenemos pruebas es del importante número de vidas que han salvado en pacientes que han sufrido un ictus o un infarto. Como en todo medicamento –concluyó el experto- se trata de valorar los pro y contras, por eso no se dan estatinas a toda la población de bajo riesgo porque, en ese caso, los inconvenientes superan a las ventajas".

Suprimir las grasas trans

Especialmente importante es, según el Dr. Julio Sánchez, actuar sobre los hábitos alimenticios y el sedentarismo porque "somos el segundo país europeo en obesidad infantil". Recomendó suprimir de la dieta las grasas trans (que se encuentran en alimentos como margarinas vegetales, patatas fritas industriales o palomitas), ya que oxidan las partículas de colesterol y aceleran la formación de placas de ateroma. "Sería mejor erradicarlas, pero es muy difícil luchar contra la industria alimentaria. Lo recomendable es que no superen el 1% del total de las grasas totales que tomamos". Aclaró que, en América se obliga a especificar el porcentaje de grasas trans en el etiquetado de los alimentos, mientras que en España incluyen el porcentaje de grasas saturadas, monoinsaturadas y poliinsaturadas, pero no se dice nada de las grasas trans".

También recomendó reducir las grasas saturadas y algunas grasas vegetales, como el aceite de coco y de palma, ésta última utilizada principalmente en bollería industrial y alimentos precocinados para enlentecer la caducidad de los alimentos.

Preguntas al experto

Ciudadanos y profesionales preguntaron sobre aspectos relacionados con el tema planteado.



Los doctores Juan José Unzué, vocal de Médicos Jubilados, y Julio Sánchez.

¿Qué diferencia al colesterol "malo" del colesterol "bueno"?

Las partículas de colesterol son únicas, aunque cuando circulan en la sangre pueden ir incluidas en diferentes lipoproteínas. Estas lipoproteínas son formaciones más complejas compuestas por proteínas específicas y distintas cantidades de grasas (colesterol, triglicéridos y fosfolípidos) y cuya misión es, precisamente, trasportar las grasas por el organismo. Se ha visto que cuando aumentan los niveles de colesterol transportado por una de estas lipoproteínas (lipoproteína LDL), aumenta el riesgo de desarrollar arterioesclerosis y, por tanto, de sufrir enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, aquellas personas con niveles elevados de colesterol transportado por una lipoproteína diferente (lipoproteína HDL), tienen menos posibilidades de sufrir una de estas enfermedades. De ahí que el colesterol unido a las LDL se le denomina "colesterol malo" y el unido a las HDL se le conoce como "colesterol bueno". En todo caso, el colesterol es el mismo en ambas lipoproteínas y, en cantidad adecuada, es bueno, pues es esencial para formar la membrana celular.

La diabetes tipo 2 ¿es hereditaria?

La diabetes tipo 2 o diabetes del adulto es, junto a la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y el tabaquismo, una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz y de un adecuado control. Aunque hay factores genéticos que predisponen a sufrirla, se ha visto que el principal factor precipitante es la obesidad. Dicho de otro modo: el mejor método para prevenir la aparición de diabetes mellitus y, por tanto, de sufrir una enfermedad cardiovascular asociada a la diabetes, es evitar la obesidad. De nuevo, en este caso, hay que resaltar la importancia de adquirir hábitos de vida saludable que incluyan ejercicio físico regular, dieta mediterránea con ingesta calórica adecuada y evitar el tabaco, particularmente nocivo en la población diabética.



VOCALÍA DE MÉDICOS JUBILADOS

ASPECTOS JURÍDICOS DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA POR LOS MÉDICOS JUBILADOS

■ IDOIA OLZA

El pasado 4 de abril, se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra una mesa redonda sobre los aspectos jurídicos del ejercicio de la medicina por los médicos jubilados. El objetivo de la mesa era revisar la experiencia de los médicos jubilados y el marco legal de aplicación en estas situaciones.
Intervinieron como ponentes el Dr. Miguel Andériz, médico jubilado y vocal de la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Navarra y Carlos Pellejero, abogado y asesor jurídico del Colegio de Médicos de Gipuzkoa. La presentación y la moderación de la mesa corrió a cargo del Dr. Juan José Unzué Gaztelu, vocal de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra.
La mesa redonda constaba de dos partes: en la primera, el Dr. Andériz habló desde su experiencia como médico jubilado y las preguntas que él mismo se hacía ante diferentes situaciones que le había tocado vivir. El abogado Carlos Pellejero se refirió al Marco Jurídico y a la Responsabilidad Profesional. En la segunda parte de la mesa redonda tuvo lugar un coloquio entre los asistentes y los ponentes.

"El médico jubilado no puede negarse a prestar ayuda en una situación de urgencia"

El Dr. Andériz explicó que el médico jubilado se puede dedicar a diversas actividades como pueden ser la consulta privada, labores de voluntariado, colaboración con entidades benéficas, etc. Sin embargo, hay una circunstancia en la que es requerido el médico, sea jubilado o no, "me estoy refiriendo a situaciones de urgencia como son los accidentes de tráfico, o de otro tipo, dolores de pecho sugestivos de lesiones coronarias, pérdidas imprevistas de conocimiento, entre otras".

A continuación, expuso cinco experiencias personales en las que se ha visto envuelto en los 16 años que lleva alejado del ejercicio de la medicina.

Accidente de tráfico:

Acude a atender a una persona que había sufrido un atropello de tráfico, el paciente se encontraba inconsciente, el Dr. Andériz lo atendió y lo acusaban a él como causante del atropello. El asunto se resolvió con éxito y sin consecuencias.

Marcha a Javier:

Una persona presentó durante la marcha a Javier un dolor precordial muy sospechoso de origen coronario, el Dr. Andériz lo atendió y sugirió trasladarlo a Pamplona para diagnosticarlo y tratarlo. No se trasladó porque la familia se opuso.



Participantes en la mesa: ***Dr. Miguel Andériz****, médico jubilado y vocal de la Comisión de Deontología Médica del Colegio de Médicos de Navarra;* ***Dr. Juan José Unzué Gaztelu****, vocal de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra; y* ***Carlos Pellejero****, abogado y asesor jurídico del Colegio de Médicos de Gipuzkoa.*

Cima Anayet:

Un día de marcha al pico del Anayet, una persona presentó un dolor precordial sugestivo de angor pectoris. El Dr. Andériz se encontraba allí y lo atendió, él sugirió el traslado de la persona en helicóptero, a esta propuesta el paciente le preguntó al Dr. Andériz si él pagaría el helicóptero, ya que suponía que el coste era elevado y no era montañero federado. Al final, no aceptó llamar a un helicóptero y descendió del monte ayudado por otra persona joven.

En la Basílica del Pilar de Zaragoza:

Una persona que se encontraba en la Basílica del Pilar en Zaragoza presentó un cuadro sincopal solicitando la presencia de un médico, el Dr. Andériz la atendió y la remitió a un Centro Hospitalario en ambulancia. La Policía Municipal interrogó al médico y le recriminó por no haber acompañado al paciente en la ambulancia y por no haber realizado un informe médico. Al final, se resolvió sin consecuencias.

Además de estas situaciones, también se refirió a la solicitud, por parte de familiares o amigos, de "consejo médico" al médico jubilado, "y tenemos que saber que estos consejos también nos pueden acarrear consecuencias".

Conclusiones

Sin ánimo de dogmatizar, el Dr. Andériz expuso, a modo de conclusiones, una serie de consideraciones generales sobre el médico jubilado: "bajo el punto de vista ético, el médico jubilado no puede negarse a atender a quienes, en situaciones especiales como pueden ser las urgencias, soliciten sus servicios; en estos casos, el médico debe hacer constar la situación de jubilado en que se encuentra, lo cual no excusa del deber de asistencia; el médico debe preguntar siempre si entre las personas presentes hay personal sanitario que pueda colaborar con él; por razones obvias, el médico jubilado no debe pasar ningún tipo de factura por los honorarios; y no debe descartarse que estas actuaciones "profesionales" pueden conllevar algún tipo de responsabilidad civil".

Marco jurídico y responsabilidad profesional

El abogado Carlos Pellejero comenzó realizando una introducción de su charla explicando que "el médico jubilado debe tener Seguro de Responsabilidad Civil Profesional si ejerce la Medicina Privada; además, los médicos jubilados tienen cubiertas sus posibles demandas hasta 10 años después de la jubilación (10 en Navarra y 5 en Gipuzkoa, siempre que estando en activo hubieran suscrito o se hubieran adherido al Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Colectivo que tiene el Colegio con AMA SEGUROS). Asimismo, todos los médicos que colaboran con una ONG deben tener Seguro de Responsabilidad Civil".

El médico jubilado tiene que tener especial cuidado con la emisión de recetas y posibles efectos secundarios de las medicaciones prescritas, "ya que una ayuda a un amigo, vecino, puede terminar en una demanda". En situaciones de urgencia, "tenemos que atender siempre, ya que nos podrían demandar por no asistir ".

A continuación, realizó un repaso sobre la historia de Responsabilidad Profesional en España. "En los años 70-80, explicó, prácticamente no existían demandas sobre RCP (Responsabilidad Civil Profesional), en los años 90 aumentan las demandas de RCP y a partir del año 2003 (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias), ya es obligatorio para los médicos el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional".

Pellejero enumeró los diversos factores que han hecho que se incrementen las solicitudes de demanda a los médicos: "mayor conocimiento de los derechos de las personas; avances de la medicina, la medicina tiene que curar todo; la tecnología tiene mayor riesgo; masificación de la medicina, agendas, quirófanos, es decir, aumento de la presión asistencial; pérdida de temor al médico; los medios de comunicación; asociaciones de víctimas de errores médicos; incremento de la medicina satisfactoria: cirugía estética y reparadora. Las normativas del seguro de RCP son de 2003, artículo 46 la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, de 21 de noviembre) y 2007, artículo 11.3 de la Ley de Sociedades Profesionales (Ley 2/2007, de 15 de marzo)".

Tipología de la responsabilidad profesional

El asesor jurídico del Colegio de Médicos de Gipúzkoa expuso los tipos de responsabilidad profesional:

Responsabilidad Contractual. Por actos médicos realizados a propios pacientes. Prescripción cinco años.

Responsabilidad Extracontractual. Por actos médicos realizados en Centros Hospitalarios o médicos en los que el médico está contratado. El médico percibe un salario u honorarios del centro, no del paciente. Prescripción un año.

Responsabilidad Extracontractual. Por actos médicos a asegurados de las entidades de asistencia sanitaria privada. Prescripción un año.

Responsabilidad Patrimonial. Centros sanitarios públicos. El centro cubre la RCP del médico. Prescripción un año. La demanda es contra la Institución no contra el médico.

Además, conviene tener claro que "el cese de actividad no impide ser demandado por actos médicos previos a la jubilación. La responsabilidad civil contractual es de 5 años".

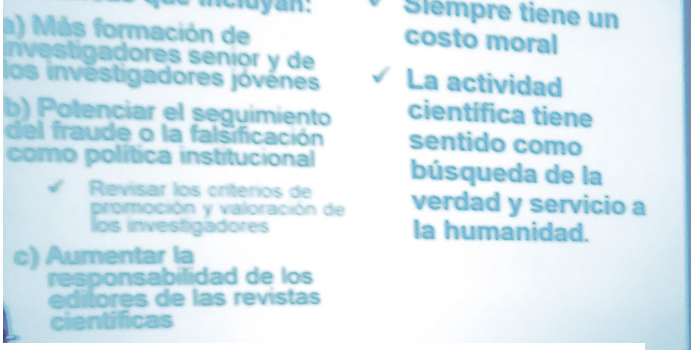
Expuso dos alternativas de aseguramiento: "La Póliza Claim Made con cláusula complementaria por un periodo de cinco años a partir de la jubilación en Gipuzkoa y de quince en Navarra. No se abona cantidad alguna durante el período adicional; o suscribir una póliza para cubrir estos cinco años si no consta en la póliza este período adicional".

Según matizó Pellejero, "la mayoría de las pólizas colectivas tienen contratado este tipo de seguro Claim Made con cláusula complementaria".

En opinión del asesor jurídico, "debe tener suscrito obligatoriamente el Seguro de Responsabilidad Civil Profesional el médico jubilado que antes del año 1995 realizaba actividad privada y percibiendo la jubilación sigue trabajando; y el médico con jubilación parcial o flexible. Además, es muy importante conocer el tipo de seguro a efectos de cobertura al cesar en la actividad", concluyó Carlos Pellejero.



Asistentes a la sesión.





Pilar León, en la presentación de la Comunicación.

IV Congreso Nacional de Deontología Médica

Análisis del uso ético de los méritos propios

"La actividad científica presupone un compromiso irrevocable con la verdad, que incluye el modo cómo se muestran los resultados y las actividades realizadas por el investigador"

Pilar León Sanz, secretaria de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, presentó la Comunicación titulada "Análisis del uso ético de los méritos propios" en el IV Congreso Nacional de Deontología Médica (Málaga, 21-22 de Abril 2017).

La Comunicación analizó, en primer lugar, cómo la veracidad del curriculum vitae (cv) forma parte de la investigación de calidad. El cv es un resumen objetivo de lo que uno es, frente a otros y podría definirse como un autorretrato moral, no solo como una lista de publicaciones, puesto que no existe mérito comparable con la honradez probada. Además, tiene un componente de compromiso público y un factor institucional, ya que afecta también a la reputación colectiva del centro de investigación o de la Universidad en los que desarrolla su tarea el investigador.

El código de Deontología (Capítulo XIX publicaciones profesionales, Artículo 64.3) y otros muchos documentos bioéticos señalan que el cv ha de seguir los mismos estándares de exactitud y veracidad que corresponden a la investigación.

En segundo lugar, la Comunicación definió los tipos de mala conducta ética en este campo e incluyó los motivos y causas de estas actuaciones: los científicos dependen de un buen cv para recibir apoyo y financiación; y para su promoción y prestigio. Además, en algunos campos científicos, los resultados pueden ser difíciles de comprobar o de reproducir con precisión.

Por otro lado, no es clara la "política científica" dirigida a combatir este tipo de transgresiones científicas. Y tampoco las editoriales emplean suficientes recursos e interés en detectar este tipo de fraudes.

También presentó algunos estudios sobre la prevalencia de estas malas prácticas puesto que existen análisis de amplias cohortes de publicaciones que han revisado el número y tipo de retractaciones publicadas.

Propuesta de políticas científicas que apoyen el desarrollo de la veracidad

En España, contamos con casos recientes de falsificación del cv, de amplia resonancia mediática. Y, en general, la sucesión de escándalos relacionados con la presentación de los propios méritos y publicaciones ha hecho que se constituyan agencias para evitar los fraudes como la citada Office of Scientific Integrity ORI (EE.UU.). Además, los avances informáticos y la explotación de grandes bases de datos (Data mining) han facilitado herramientas que ayudan a detectar el plagio y la publicación múltiple.

La Comunicación concluyó con una propuesta de políticas científicas que apoyen el desarrollo de la veracidad en los datos del curriculum vitae de los investigadores. Entre ellas:

a) Más formación en ética de la publicación, tanto para los investigadores seniors, como para los investigadores jóvenes. Establecer un ambiente de transparencia moral en los centros de investigación que premie la veracidad y la honradez.

b) Potenciar el seguimiento del fraude o la falsificación en la política institucional. Y al mismo tiempo, revisar los criterios de promoción y valoración de los investigadores, de forma que no inciten a estas prácticas.

c) Aumentar la responsabilidad de los editores de las revistas científicas, pedir que apliquen las directrices del Committee on Publication Ethics (COPE) y que publiquen retractaciones si tienen evidencia de que los hallazgos publicados no son fiables, ya sea como resultado de mala conducta o por error no intencionado.

La falta de veracidad en el curriculum vitae, aparte de las posibles consecuencias legales, siempre tiene un costo moral puesto que la actividad científica presupone un compromiso irrevocable con la verdad, que incluye el modo cómo se muestran los resultados y las actividades realizadas por el investigador.

VI Jornadas de Cooperación Internacional en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Patologías musculo-esqueléticas en niños discapacitados y sin recursos



El Dr. Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos) y el Dr. Jesús Alfaro, coordinador de las Jornadas en la inauguración.

▪ IDOIA OLZA

El pasado 27 de mayo, en la sede del Colegio de Médicos de Navarra, se celebraron las VI Jornadas de Cooperación Internacional en Cirugía Ortopédica y Traumatología, organizadas por la Asociación de Cirujanos Ortopédicos voluntarios (ACOV).

Según explicó el coordinador de las Jornadas, el Dr. Jesús Alfaro, jefe de Servicio en Traumatología y Cirugía Ortopédica en la Clínica San Miguel de Pamplona, miembro de Asociación Cirujanos Ortopédicos Voluntarios y colaborador humanitario de la Fundación Vicente Ferrer, "las Jornadas estaban dirigidas, en general, a todas aquellas personas interesadas en la Cooperación desde cualquier punto de vista y especialmente a aquellos interesados en las patologías músculo-esqueléticas de los niños discapacitados y sin recursos".

El objetivo de la Asociación de Cirujanos Ortopédicos Voluntarios es desarrollar eficazmente la cooperación en programas de tratamiento médico y quirúrgico en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en aquellos países o regiones con escasos recursos sanitarios con el fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

A lo largo de los últimos 10 años ha mantenido una continuidad en la cooperación con la Fundación Vicente Ferrer en Anantapur (India). Como consecuencia de la cual se creó la Asociación de Cirujanos Ortopédicos Voluntarios (ACOV), inscrita con fecha de 15 de Junio de 2010, en la sección de registros del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya.

Médicos y cooperantes

Se desarrollaron tres mesas redondas: sobre la Cooperación en el mundo; la Asociación de Cirujanos Ortopédicos Voluntarios (ACOV) en RDT, Anantapur; y sobre la parálisis cerebral.

En la mesa redonda de Cooperación participaron el Dr. Xavi Cañada, de la Junta Directiva de Médicos del Mundo y ex cooperante de Médicos Sin Fronteras; el Dr. Alberto Lafuente, anestesista de la Clínica Universidad de Navarra; Raquel Abad, de la Fundación Entreculturas; y Octavio Romano, técnico de Cooperación en ALBOAN.

El Dr. Xavi Cañada realizó un repaso por la historia de las principales ONG Sanitarias, especialmente de Médicos Sin Fronteras, Médicus Mundi, Médicos del Mundo, Cruz Roja y de Handicap International.



David Noguera, presidente de MSF y Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra

Emergencias complejas: la experiencia del Dr. Lafuente en Afganistán, Haití y Nepal

El Dr. Alberto Lafuente, anestesista de la Clínica Universidad de Navarra, cooperante y vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra, habló sobre la ayuda humanitaria en emergencias complejas. Lafuente contó su experiencia personal en Afganistán, Haití y Nepal. Y destacó, por encima de todo, "la necesidad de publicar trabajos de investigación al respecto porque podrían resultar de mucha ayuda a sanitarios que posteriormente vayan a realizar labores de cooperación a esos países".

Lafuente comenzó afirmando que a él no le gusta hablar de ayuda humanitaria, "lo que hacemos cuando vamos a estos países que han sufrido cualquier tipo de catástrofe es ofrecer apoyo en un momento puntual. Lo cierto es que es mucho más lo que he aprendido de la gente que vive en estos países, que lo que han podido aprender ellos de mí".

En emergencias complejas, como las que en la actualidad se están viviendo en Siria o en El Congo, hay desplazados, situaciones bélicas, inseguridad, penuria alimentaria. "Estos países están en una situación crítica y casi ni nos enteramos".

A continuación, habló de su experiencia en Afganistán. "Los hospitales eran muy básicos y sencillos, con muy pocos medios materiales. Allí las personas que trabajan en los hospitales son capaces de hacer todo tipo de cirugías, no tienen miedo y la verdad es que lo hacen bien. Me he encontrado a personas que sin saber leer ni escribir eran capaces de suministrar anestesia a una persona para una operación".

De su estancia en Haití, Lafuente recuerda que los hospitales se encontraban completamente saturados y que carecían de oxígeno. También se refirió al "elevadísimo número de amputaciones que se practicaron, que fue muy criticado, porque tenemos que tener muy presente que en estas situaciones de emergencias no todo vale". Asimismo, otro problema muy frecuente es el tráfico de niños.

Como conclusiones, este experto destacó dos aspectos: "el respeto que las profesionales que van a esos países tienen que tener con la gente que vive allí; y la seguridad, ya que en situaciones de emergencias complejas, el miedo hace que en muchas ocasiones sea también un reto al que nos tenemos que enfrentar los profesionales y para el que tenemos que estar preparados".

Oficina de Cooperación colegial

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira, en la inauguración de las Jornadas, comentó que, en la actualidad, el Colegio mantiene contactos con el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea con el objetivo de conseguir que la Cooperación sea valorada y reconocida por parte de la Administración. "Pedimos, por ejemplo, que se cuantifique como carrera profesional, que si a un profesional en listas de contratación le llaman para trabajar y se encuentra cooperando en una situación de emergencia, no se le penalice", explicó el Dr. Teijeira. También se refirió a la Oficina de Cooperación que tiene el Colegio de Médicos de Navarra.

Médicos Sin Fronteras: campaña #SeguirConVida

Del 22 de mayo al 2 de junio, Pamplona acogió la campaña de Medicos Sin Fronteras #SeguirConVida sobre la lucha de los civiles que sufren los efectos de la guerra.

En el paseo Sarasate de Pamplona, Médicos Sin Fronteras (MSF) instaló una carpa en la que los ciudadanos pudieron ponerse en la piel de miles de personas golpeadas por la guerra en lugares como Sudán del Sur o Siria, mediante una experiencia única de inmersión visual en sus vidas.

El responsable de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Alberto Lafuente, asistió a la presentación de la campaña, en la que David Noguera (presidente de MSF) y Alma Saavedra (delegada en Navarra, Euskadi, Cantabria) explicaron que "cuando estalla una guerra, muchas personas quedan atrapadas bajo las bombas; otras logran escapar, solo para jugarse la vida en rutas peligrosas o para sufrir en el trayecto como refugiados". La campaña #Seguirconvida explicó cómo son sus vidas, y acercó a la sociedad navarra estas situaciones a través de exposiciones, mesas redondas, talleres y vídeos en 360º sobre el éxodo sirio y los campos de desplazados en Sudán de Sur.

"La inseguridad generalizada hace que estos conflictos sean cada vez más inaccesibles para los periodistas y los medios de comunicación y queden sumidos en el olvido y el desinterés para la opinión pública internacional. Nadie se acuerda de ellos. Por eso, nuestro compromiso en este caso es doble: acción médica y testimonio. Queremos denunciar el sufrimiento de todas estas personas y conseguir cambios que mejoren su situación", explicaron.

VII Encuentro de Coros

Voces que sanan:

Navarra disfrutó con el VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España



Foto de familia de todos los coros que participaron en el Encuentro: Las Palmas, Valencia, Madrid y Navarra, en el auditorio Fernando Remacha del Conservatorio Superior de Música de Navarra.

■ IDOIA OLZA

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra pasa el testigo al de Valencia.

Los días 26, 27 y 28 de mayo se celebró el VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España, y en esta ocasión, el organizador del evento fue el Coro del Colegio de Médicos de Navarra. El Coro del Colegio de Médicos de Valencia será el anfitrión del próximo Encuentro.

Participaron, además del Coro de Navarra, los coros de los colegios de Médicos de Las Palmas, Madrid y Valencia. Es la segunda vez que el Coro navarro organiza este Encuentro, la primera vez fue en el año 2013.

El Encuentro comenzó el viernes, 26 de mayo, en la sede del Colegio de Médicos de Navarra, con una conferencia de Román Felones titulada "De Puente La Reina a Estella: un tramo jacobeo singular". En la inauguración del Encuentro, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira, tuvo un recuerdo muy especial para dos médicos: el Dr. Francisco José Barberena, miembro del Coro de Navarra que falleció en 2015, y el Dr. José Elizalde, que permanece ingresado en la UCI después de sufrir una caída. También se rindió un homenaje al Dr. Jesús Elso, creador del coro de Navarra, que recibió un obsequio de manos del Dr. Teijeira, y una fuerte ovación de todos los presentes.



Salón de Congresos al completo en la inauguración del Encuentro.

También, la directora del coro de Navarra, Miriam Mendive impuso pañuelos de San Fermín a las directoras de los Coros que participaron en el Encuentro (Madrid, Valencia y Las Palmas).

El sábado, las actividades se desplazaron a las localidades navarras de Eunate, Puente la Reina y Estella, donde ofrecieron un concierto los cuatro coros de Colegios de Médicos (Madrid, Las Palmas, Valencia y Navarra) junto con la Banda de Añorbe y la Coral Ereintza Abesbatza de Estella.

El domingo, 28 de mayo, se celebró el cierre de los actos del Encuentro con un concierto en el auditorio Fernando Remacha del Conservatorio Superior de Música de Navarra. Este concierto tenía fines benéficos a favor de Vura Project, un proyecto de enseñanza musical en Uganda. Al comienzo del acto, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira, entregó unos premios a la Banda de Música de Añorbe y a la Coral Ereintza Abesbatza, en agradecimiento a su participación en el Encuentro.

El Coro de Navarra interpretó tres piezas: Gariraya, Yal Asmar Ellon, y Gracias a la vida. Como colofón, los cuatro coros, la Banda de Añorbe y la Coral Ereintza Abesbatza interpretaron cuatro piezas de una manera magistral: Agur Jaunak, 1492 The Conquest of Paradise, Imagine, Bohemian Rhapsody y Halelujah.

El final resultó espectacular. Gracias a los coros de médicos de Madrid, Las Palmas y Valencia, a la Banda de Añorbe y a la Coral Ereintza por vuestra profesionalidad. Ha sido un placer. Nos volveremos a encontrar en el próximo Encuentro que se celebrará en Valencia.



El Dr. Jesús Elso, fundador del Coro de Navarra, recibió un obsequio de manos del presidente, Rafael Teijeira, y una fuerte ovación del público.



La directora del Coro de Navarra, Miriam Mendive, colocó pañuelos de San Fermín a las directoras de los coros que participaron en el Encuentro: Valencia, Las Palmas y Madrid.



De Puente la Reina a Estella: un tramo jacobeo singular

Por Román Felones Morrás.
Conferencia inaugural del VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos.

El territorio navarro tiene una estrecha vinculación al Camino de Santiago desde primera hora. Todavía más, la articulación urbana del reino de Navarra en los siglos XII y XIII está directamente vinculada a la vía jacobea. El Camino de Santiago atraviesa Navarra desde el noreste al suroeste, con ramificaciones menores en otras direcciones. Señalado lo anterior y dada la extensión del territorio, podemos concluir que pocas regiones españolas presentan tanta vinculación histórica jacobea como Navarra.

En la segunda mitad del siglo XX, Navarra fue pionera en la revitalización del Camino. Las instituciones navarras, fundamentalmente a través de la Institución Príncipe de Viana, procedió a la restauración de sus edificios más emblemáticos, tarea que continúa en la actualidad y que tiene a Roncesvalles como ejemplo paradigmático. En 1962, cuando los peregrinos eran una rara excepción en el paisaje navarro, se creó en Estella la Asociación de Amigos del Camino de Santiago, con un lema premonitorio "Camino de Santiago, Camino de Europa". La actividad jacobea, claramente en alza, ha deparado un nuevo renacer del Camino que, hoy como a lo largo de la historia, presenta una triple dimensión: religiosa, económica y cultural.

Los coralistas han fijado su atención en el tramo Puente la Reina–Estella, con el singular aperitivo de Eunate. Pocos espacios condensan como éste la plenitud jacobea. Partiendo de Eunate, iglesia octogonal tan singular como interesante, Puente la Reina ofrece todos los alicientes de la peregrinación. El puente, probablemente el más hermoso de toda la ruta, fue el inicio. Y tras el puente, una población amurallada en forma de bastida, que acogió en su seno la iglesia de Santiago, con una portada polilobulada muy representativa y una de las imágenes más hermosas del Apóstol peregrino, el Santiago Beltxa, del siglo XIV. Los extramuros de la población nos permiten completar la visita con el complejo de la iglesia del Crucifijo a la entrada, y el convento barroco de las Comendadoras a la salida. Y en medio, la calle mayor, una de las rúas más hermosas del camino navarro.

La subida hacia Mañeru permite apreciar la vega del Arga para adentrarse en la Merindad de Estella. Mañeru es población de urbanismo cuidado, con hermosas casonas que abundan en su apretado recinto urbano. De ahí a Cirauqui, cuya aparición en lontananza, en lo alto del cerro, es toda una declaración de intenciones. Población amurallada, guarda en su interior dos hermosas iglesias dedicadas a San Román y Santa Catalina. A la salida, la calzada se convierte en uno de los tramos más emblemáticos al coincidir con la llamada calzada romana.

El camino de Cirauqui a Lorca nos depara un paisaje ondulado y mediterráneo y un puente románico tan hermoso como descarnado, citado ya en el siglo XII por Aymeric Picaud. Tras Lorca y Villatuerta, hoy paradas obligadas con sus albergues recién estrenados, tras pasar el Ega nos acercamos a Estella, en palabras del autor del Codex Calixtinus "rica en pan y en toda clase de bienes".

Estella es la ciudad jacobea por excelencia. Nacida por y para el Camino, concentra una riqueza cultural y artística inusual. Los tres burgos dieron lugar a la aparición de la Estella medieval, a la que se añadieron en los siglos siguientes, ejemplos señeros de arte renacentista y barroco. Pasear por sus calles y entrar en sus iglesias, primorosamente restauradas en los últimos años, nos permite reencontrarnos con una historia que, casi mil años después, todavía respira al ritmo del Camino.

En definitiva, poco más de 20 kilómetros que condensan lo mejor de la ruta. Sin duda, un tramo jacobeo singular.

La ONG **"Solidarios con Arua"** recibe la recaudación del concierto

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Rafael Teijeira, entregó un cheque, de 1.200 euros, al presidente de la ONG "Solidarios con Arua", Juan Luis Ros, destinado a un proyecto de enseñanza musical en Uganda. El acto tuvo lugar el 12 de junio, en la sede del Colegio de Médicos de Navarra.

El dinero se recaudó en el concierto solidario celebrado el 28 de mayo, que clausuró el VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España. Esta ONG tiene la sede en Burlada, y está formada únicamente por voluntarios. "Solidarios con Arua–Arua Elkartasuna" trabaja en la región conocida como Nilo Occidental, al norte de Uganda.

Vura Music Project, cuyo director es Aritz Azparren, se inserta en un contexto de posguerra, en el que no hay necesidad de realizar acciones urgentes o de choque, pero sí trabajo de reestructuración. Se trata de un proyecto de desarrollo integral a través de la educación musical.

Aunque el primer destinatario fue el alumnado de la escuela Moyo Boys, el proyecto es una iniciativa viva, vinculada a los deseos e inquietudes de sus participantes (entre los que también se encuentran los profesores voluntarios) y ha trascendido los límites de esa escuela. Gracias a las distintas subvenciones obtenidas, en 2016 se puso en marcha una segunda sede en la localidad de Adjumani. Estas dos comunidades se encuentran a ambos lados del río Nilo y pertenecen a la misma etnia, la Ma'di, por lo que las posibilidades de realizar actividades de cohesión entre Distritos son múltiples.



En la entrega del cheque: Miriam Mendive, directora del Coro de Navarra; Rafael Teijeira, presiente del Colegio de Médicos; Juan Luis Ros, presidente de la ONG "Solidarios con Arua"; Julia Alonso, responsable del Coro de Navarra; Silvia Ongay y Susana Ayuso, presidenta y vocal de la Junta de la Coral Ereintza, de Estella, y Javier Magallón, de Congresos Colegio de Médicos.



"Notas musicales"

El médico y pintor sirio Walid Zayat, que también forma parte de Coro colegial, presentó su obra titulada "Notas musicales" en la sala de exposiciones el Colegio de Médicos de Navarra, que realizó con motivo de la celebración del Encuentro de Coros. La exposición, que pudo disfrutarse hasta el pasado 8 de junio, constó de 16 óleos (tamaño 100x81) con los que rindió un homenaje a la mujer y la música.

Lienzos en los que la figura femenina, los instrumentos y las notas musicales se aunaron para mostrar un arte que se inspira "en el gesto, la actitud, la presencia sutil y el destello de colores", explicó el Dr. Zayat. Su trayectoria pictórica se distingue por la sensibilidad y el color de sus lienzos, que también quedaron patentes en esta colección.

Trayectoria pictórica

Walid Zayat nace en Alepo (Siria) en 1951. A los 18 años se traslada a España para estudiar Medicina y Cardiología en la Facultad de Medicina de Zaragoza, donde reside durante trece años. Tras este largo periodo, que en cierto modo determina y conforma ciertos aspectos de su futura vida profesional, se instala de nuevo en su ciudad natal en 1983. Por motivos personales y familiares, vuelve a España en 1988, y estudia dibujo y pintura en la Escuela de Artes y Oficios de Pamplona. En 2008 ingresa como socio de la Asociación de Pintores Alfredo Sada. Es también miembro del grupo Gu Gara.

Actividades de la Junta Directiva

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

En este número de Panacea se publican las que han tenido lugar durante los meses de mayo y junio de este año.

Mayo 2017

Mar, 2	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 8	Taller 4 del Plan de Cap. Avanzada para Directivos de Ud. de Gestión Clínica CADUGC).	Vicepresidente primero.
Lun, 8	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 11	VII Congreso PAIME (Palma de Mallorca).	Vicepresidente primero.
Vie, 12	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 11	Reunión con la dirección de AP.	Presidente, Tesorero, V. M. Rural, V. M. Extrahospitalaria y V. Tudela.
Lun, 15	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mie, 17	IV Certamen de Casos Clínicos.	Tesorero y Vocal de Médicos en Ejercicio Libre.
Lun, 22	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Lun, 22	Inauguración Campaña #SeguirConVida de MSF.	Oficina de Cooperación.
Lun, 22	Clausura del Encuentro Gerontológico de Primavera.	Presidente.
Vie, 26	Encuentro de coros de Colegios de Médicos.	Presidente y Junta Directiva.
Sáb, 27	VI Jornadas de Cooperación Internacional en Cirugía Ortopédica y Traumatología.	Presidente y Vicepresidente primero.
Sáb, 27	Juramento Hipocrático en la Universidad de Navarra.	Vicepresidente primero.
Lun, 29	Reunión de la Junta Directiva.	Junta Directiva.
lun, 29	Charla-coloquio sobre colesterol. Aula de Salud.	Vocal de Medicos Jubilados y Junta Directiva.

Junio 2017

Lun, 5	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Jue, 8	XII Congreso RESCOM.	Gabinete de Prensa.
Vie, 9	Reunión con la dirección de AP.	V. M, Rural y V. M. Extrahospitalaria.
Lun, 12	Entrega donativo a ONG Solidarios con Arua.	Presidente y Coro Colegial.
Lun, 12	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
Mar, 13	Grupo de trabajo Reforma de la AP.	Vocal de Medicina Rural.
Jue, 15	Reunión con Docencia del SNS-O.	Tesorero y Sección Académica.
Lun, 19	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
Mar, 20	Reunión Panacea.	Comité científico.
Jue, 22	Recepción nuevos MIRes.	Presidencia y Junta Directiva.
Lun, 26	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.

El Dr. Alberto Lafuente, patrono de la Fundación Caja Navarra en representación del Consejo Navarro de Salud

Su candidatura fue propuesta por el Consejo Navarro de Salud y aprobada el pasado 21 de junio por el Gobierno de Navarra.

FUNDACIÓN CAJANAVARRA



Alberto Lafuente, Vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra.

El Dr. Alberto Lafuente Jiménez, vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Navarra, ha sido designado patrono de la Fundación Caja Navarra por el Parlamento de Navarra, en representación del Consejo Navarro de Salud. El Dr. Lafuente ha sido elegido entre una terna de tres representantes de colegios y organizaciones sanitarias que forman el Consejo Navarro de Salud.

También han sido designados otros dos patronos correspondientes al sector de miembros independientes de reconocido prestigio en las materias relacionadas con el cumplimiento de los fines sociales de la Fundación, Camino Oslé Gerendiain (Consejo Navarro de Bienestar Social) y José Vicente Urabayen Azpilicueta (Consejo Navarro de Cultura).

Los patronos de Fundación Caja Navarra, según se recoge en sus Estatutos, son cargos personales e indelegables, no retribuidos, sin sujeción a mandato y con una labor que se guiará por la ética y la responsabilidad.

La Fundación Caja Navarra es una fundación privada, sin ánimo de lucro que, de acuerdo con sus Estatutos (aprobados por el Gobierno de Navarra y por el Ministerio de Economía, el 27 de junio de 2014), tiene como finalidad promover el progreso social, económico y cultural de Navarra.

Octubre 2017

Conferencias sobre investigación aplicada en el Colegio de Médicos

El programa de Conferencias sobre Investigación Aplicada tiene como objetivo general **promover el contacto entre los médicos asistenciales y los profesionales con actividad investigadora** que trabajan en nuestro entorno, para revisar el estado actual de diferentes líneas de investigación y las aplicaciones clínicas que se plantean.

Dirigido a:
Médicos colegiados.
Coordinadora: Dra. Marta Santisteban Eslava. Médico especialista en Oncología. Unidad Cáncer de Mama. Clínica Universidad de Navarra.

1. **Estudio de biomarcadores para prevenir la cardiotoxicidad en el tratamiento del cáncer de mama.**

2 de Octubre, de 18:30-20:30 horas.
Ponente: Dra. Susana Ravassa Albéniz. Doctora en Medicina e investigadora del Área de Ciencias Cardiovasculares en el Centro para la Investigación Médica Aplicada (CIMA).

2. **Avances en técnicas moleculares en tumores sólidos y hematológicos.**

26 de Octubre, de 18:30-20:30 horas.
Ponente: Dra. Ana Patiño Garcia. Bióloga. Directora de la Unidad de Genética Clínica en la Clínica Universidad de Navarra y directora de la Unidad de Formación en Investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Más información e inscripciones en la página web del Colegio de Médicos (www.medena.es)
Oficina de Desarrollo Profesional. Sección Académica. Tél. 948 22 60 93.
Correo-e: acade@medena.es

Plan CADUGC del Colegio de Médicos de Navarra

Finalizó el taller 4 sobre "Planificación operativa anual y contratos de gestión en Unidades de Gestión Clínica"



Juan Torres, Carlos Mingo y Alberto Lafuente, del equipo docente del Plan CADUGC del Colegio de Médicos de Navarra.

El 8 de mayo finalizó el Taller 4 del Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (CADUGC), sobre "Planificación operativa anual y contratos de gestión en Unidades de Gestión Clínica", en el que se inscribieron 25 médicos. En la última sesión, los alumnos expusieron los ejercicios y los profesores hicieron su valoración. José Ramón Mora y Alberto Lafuente fueron los conductores de esta última sesión.

El objetivo general de este taller ha sido la capacitación (conocimientos, habilidades y actitudes) para interpretar y diseñar la planificación operativa de una Unidad de Gestión Clínica. Y como objetivos específicos, identificar y proponer una estructura de gestión operativa en UGC, formular y desplegar objetivos, controlar el desarrollo de los mismos, diseñar un proyecto de planificación operativa, monitorizar y evaluar el plan y contrato de gestión, y saber diseñar y valorar tecnología sanitaria

El plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (CADUGC) es un programa de formación continuada acreditada, poniendo el foco en la adquisición de las competencias profesionales y personales que el médico necesita para gestionar el conocimiento, habilidades y actitudes necesarias que le permitan dirigir y administrar cualquier tipo de Unidad o Área de Gestión Clínica.

El equipo docente de este taller estuvo formado por Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y coordinador del Programa CADUGC; Carlos Mingo, director gerente del Hospital Universitario Infanta Cristina (Madrid); José Ramón Mora, gerente del Área de Salud de Tudela (Navarra); y Juan Torres, director médico del Hospital Universitario Infanta Cristina.

En otoño, continúa el Programa

En otoño está previsto que comience el taller 5 del Plan CADUGC sobre "Gestión estratégica de la comunicación interna y visibilidad". El objetivo de este próximo taller es capacitar a los participantes en habilidades para el diseño, implantación y evaluación de un plan de comunicación y visibilidad de la Unidad de Gestión Clínica.

El profesor de este taller será Miguel Ángel Mañez, director de Recursos Humanos del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Entre los contenidos que se incluyen en este taller destacan los siguientes: modelos de identificación de necesidades y expectativas en la comunicación interna; formulación de objetivos de impacto y visibilidad organizativa; control y seguimiento de objetivos; redes sociales: blog, twitter y facebook; y monitorización y evaluación del impacto de la visibilidad por redes sociales.

II ciclo de sesiones teórico-prácticas:

Salud de los pies a la cabeza

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes

El segundo ciclo de sesiones teórico-prácticas sobre patologías incapacitantes, organizado por el Colegio de Médicos y Mutua Navarra, abordará los trastornos del sueño, las cefaleas y el asma con mecanismo alérgico. Todas las sesiones, que tendrán lugar en el Colegio de Médicos de Navarra, incluyen ponencia, análisis de casos prácticos y debate.

El objetivo es crear un marco de encuentro y diálogo entre los profesionales que atienden a los trabajadores, tanto en el ámbito general del sistema sanitario como en marco específico de la salud laboral, enfermedad profesional y accidentes de trabajo.



Dr. Manuel Murie en una de las sesiones de la primera parte del ciclo.

II Parte:

De septiembre a noviembre del 2017 e incluye las siguientes sesiones:

26 Septiembre:

ALTERACIONES DEL SUEÑO.
Dr. Juan Carlos Oria.
Psicólogo clínico y responsable del centro ACOAD en Pamplona.

19 Octubre:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN URGENCIAS Y EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.
Dr. Pablo Irimia.
Departamento de Neurología. Clínica Universidad de Navarra.

17 Noviembre:

ASMA EN ADULTO CON MECANISMO ALÉRGICO.
Dra. Mª José Sagredo
Médico del Trabajo en Mutua Navarra.

Horario para todas las jornadas:

- **17:45h – 18:15h**
  Café y entrega de documentación
- **18:15h – 19:00h**
  Ponencia
- **19:00h – 19:30h**
  Parte más práctica/dinámica.

Información e inscripciones:

Enviar datos personales (nombre y apellidos, nº de colegiado, centro de trabajo y datos de contacto, mail y teléfono) a secretariafundacion2@medena.es

O cumplimentar la ficha de inscripción de la actividad en la web del Colegio de Médicos www.medena.es

Seminario sobre Programas de Optimización del uso de Antibióticos

El 90% del consumo de antibióticos se produce en Atención Primaria

Navarra implantará próximamente un Programa de Optimización de Antibióticos en Atención Primaria.

La OMS ha publicado este año su primera lista de patógenos prioritarios resistentes a los antibióticos en la que se incluyen las 12 familias de bacterias más peligrosas para la salud humana.

El pasado 6 de junio se celebró en el Colegio de médicos de Navarra un Seminario sobre "Optimización del uso de antibióticos: estrategias PROA", dirigido preferentemente a médicos de Atención Primaria. Se inscribieron 26 médicos. Los coordinadores docentes fueron el Dr. Pablo Aldaz, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, del Centro de Salud de San Juan (Pamplona), y la Dra. Carmen Ezpeleta, jefa del Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra.

El objetivo general del Seminario era el de "avanzar en la mejora de la capacitación de los médicos con ejercicio en niveles asistenciales primarios para optimizar la prescripción y uso de antibióticos mediante el conocimiento de las estrategias y herramientas de los Programas de Optimización de Antibióticos".

El Dr. Pablo Aldaz, en la presentación del Seminario, adelantó que "en Navarra, en Atención Primaria, está previsto la implantación de un Programa de Optimización de Antibióticos en los próximos meses". También afirmó que la utilización de los antibióticos es "el gran problema de la sociedad, a nivel mundial".



La Dra. Carmen Ezpeleta y el Dr. Pablo Aldaz, coordinadores del Seminario, que contó con la asistencia de 26 médicos de primaria.

Uso inapropiado y resistencias

Por su parte, la Dra. Ezpeleta, afirmó que "el uso inapropiado e indiscriminado de los antibióticos es uno de los factores principales que contribuyen a la aparición de resistencias. Existen grandes diferencias en las tasas de consumo de antibióticos entre distintos países. Según un estudio del ECDC (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades), en un día, el 30% de los pacientes ingresados en los hospitales europeos recibe al menos un antibiótico. España se sitúa por encima de la media europea, con unas cifras estimadas del 46%, en quinta posición en consumo de antibióticos en Europa a nivel hospitalario, y hay que tener en cuenta que el 90% del consumo de antibióticos se produce en Atención Primaria".

Primera lista de patógenos resistentes

Este año, según explicó la Dra. Ezpeleta, la OMS ha publicado su primera lista de patógenos prioritarios resistentes a los antibióticos en la que se incluyen las 12 familias de bacterias más peligrosas para la salud humana.

Esta lista se elaboró con el objetivo de promover la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos, como parte de las actividades de la OMS para combatir el creciente problema mundial de las resistencias a los antimicrobianos. En la lista se pone de relieve la amenaza que suponen las bacterias gramnegativas resistentes a múltiples antibióticos. También expuso el modelo andaluz, que se implantó en 2014, que se llama Programa PIRASOA, y que hasta el momento ha dado muy buenos resultados.

En el Seminario participaron, además, la Dra. Ana Mazón, el Dr. Alberto Gil, y la Dra. Mª Eugenia Portillo, todos ellos especialistas del Servicio de Microbiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra.

Diario Médico "busca" 25 Embajadores de la medicina española

En Navarra, se han preseleccionado 5 médicos:
Jesús Alfaro, Jaime Gállego, Jorge Quiroga, Pablo Aldaz y Juana Caballín.

Las votaciones se podrán realizar online hasta el mes de octubre

Diario Médico celebra este año un cuarto de siglo a la cabeza de la información sanitaria. Entre otras iniciativas para conmemorar su aniversario, este periódico quiere homenajear a sus lectores seleccionando a 25 embajadores de la Medicina española.

El objetivo de este galardón es reconocer la labor, premiar la dedicación y poner en valor la trayectoria y el trabajo de los profesionales sanitarios españoles. El premio no sólo pretende distinguir a una serie de facultativos por su trayectoria en el ámbito asistencial, docente e investigador, sino también a los que encarnan los valores humanitarios de la Medicina. Para ello, en el proceso de selección de estos 25 embajadores, se ha implicado a los colegios de médicos, que han participado en la preselección de un centenar de candidatos repartidos por todo el territorio nacional que simbolizan, en conjunto, la calidad de la sanidad española, teniendo en cuenta todas las especialidades y ámbitos (asistenciales, docentes y científicos) y los sectores público y privado.

Para ver quiénes son los primeros candidatos, sólo hay que entrar en la dirección www.diariomedico.com/25embajadores, donde, comunidad por comunidad autónoma, se podrá ver un breve resumen de la trayectoria de estos profesionales preseleccionados y votar por el favorito para que pueda pasar a la última fase como finalista.

El Colegio de Médicos anima a votar por los candidatos en www.diariomedico.com/25embajadores

Profesionales seleccionados de Navarra

En Navarra, los médicos preseleccionados han sido: Jesús Alfaro, jefe del Servicio de Traumatología de la Clínica San Miguel; Jaime Gállego, director médico del Centro Neurológico de Navarra; Jorge Quiroga, director del Departamento de Medicina Interna de la Clínica Universidad de Navarra; Pablo Aldaz, médico de Familia en el Centro de Salud de San Juan, en Pamplona; y Juana Caballín, jubilada adjunta de Gerontología del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.

La designación de los precandidatos la realizó la Junta Directiva del Colegio de Médicos, el pasado mes de enero, atendiendo a los siguientes criterios: que la propuesta incluyese profesionales de la sanidad pública y privada, de Atención Primaria y especializada, y médicos con experiencia en áreas de interés especial para la profesión como son la ética y deontología médicas y la cooperación.

Estos profesionales serán, en última instancia, evaluados por un jurado de expertos que valorará la trayectoria, dedicación y demás aportaciones de los profesionales. Durante la fase de votación, que se prolongará hasta el mes de octubre, DM realizará una serie de acciones que finalizarán con una cena de gala en Madrid, en la que distinguirá formalmente a los 25 Embajadores de la Medicina española.

Desde el Colegio de Médicos de Navarra os animamos a participar y votar por nuestros candidatos.

CLEN College

¡VIVE EL VERANO 2017 CON CLEN COLLEGE!

NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los médicos colegiados en Navarra y sus hijos/as disfrutarán de un descuento de hasta un 50% en los cursos intensivos, campamentos y actividades programadas por Clen College Centros Lingüísticos durante el verano de 2017.

Campamentos Urbanos (4-13 años) Nuevo: Equitación + canoas

Inglés, alemán, francés y chino

Fechas:	**Horario:**	**Precio:**	
- 17 al 28 julio. - 31 julio al 11 agosto. - 14 al 25 agosto. - 28 agosto al 8 septiembre.	De 9:00-13:00 h. Disponible servicio de guardería y comedor.	320 € 50% dto. para hijos/as de médicos.	Opción de días sueltos.

Campamento Residencial en Zuasti (7-14 años):

Multiactividad y aventura en Inglés.

Fechas:		**Precio:**	**Opción campamento de día.**
- 16 al 21 julio. - 20 al 25 agosto.	Incluye seguro y pensión completa	290 €	**Horario:** De 9:00-17:30 h. **Precio:** 175 €

Cursos Adolescentes (12-18 años):

Conversación, recuperaciones, Escuela Oficial de Idiomas (EOI). Duración: 20 horas.

Fechas:	**Horario:**	**Precio:**
- 17 al 28 julio. - 31 julio al 11 agosto. - 14 al 25 agosto. - 28 agosto al 8 septiembre.	De 9:00-11:00 h. ó de 11:00-13:00 h.	144 € 50% dto. para hijos/as de médicos

EXTRANJERO:

Programas de 3 semanas en familia con clases, actividades extraescolares y excursiones.
Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia.
Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes.

York (Inglaterra)

Fechas:	**Precio:**
- 3 de julio - 30 de julio	2.415 €

Pensilvania (EEUU)

Fechas:	**Precio familia+clases:**	**Precio inmersión:**
- 8 de julio.	4.175 €	3.680 €

Curso de conversación gratis para hijos/as de médicos.

Infórmate de otros destinos o curso escolar.

CLEN College

ADULTOS

Cursos Intensivos:

20 horas: lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.
40 horas: lunes a viernes 4 horas diarias. Mañanas o tardes.

Fechas:
- 17 al 28 julio
- 31 julio al 11 agosto
- 14 al 25 agosto
- 28 agosto al 8 septiembre

Precios: Intensivos 40 horas 360 €
(50% dto. para médicos)
Intensivos 20 horas 185 €
(50% dto. para médicos)

Cursos Preparación Cambridge:

20 horas: lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.
40 horas: lunes a viernes 4 horas diarias. Mañanas o tardes.

Fechas:
FCE: 17 julio al 18 agosto.
CAE(1): 17 julio al 18 agosto.
CAE(2): 31 julio al 7 septiembre.
De lunes a viernes 2 horas diarias. Mañanas o tardes.

Precios:
FCE: 420 €
CAE(1): 420 €
CAE(2): 485 €
(15% dto. para médicos, hijos e hijas)

Cursos Preparación Escuela Oficial de Idiomas (EOI):

20 horas: de lunes a viernes 2 horas diarias.
Mañanas o tardes.

Fechas:
- Del 31 julio al 11 agosto.
- Del 14 agosto al 1 septiembre.

Precio: A partir de 275 €

EXTRANJERO:

- Irlanda, Inglaterra…
- Cursos Inglés General 20 ó 40 horas semanales.
- Cursos de Inglés Médico.
- Cursos de Inglés Profesional: finanzas, marketing, RRHH…
- Programas para familias en Irlanda.

viajesextranjero@clencollege.com

DATOS DE CONTACTO:

Para más información:
www.clencollege.com
recepcion@clencollege.com

948 172 391

Centro Clen Rochapea:

Avda. Marcelo Celayeta, 75
Nave B2, puerta 2ªA, Of.58

Centro Clen Colegio de Médicos:

Avda. Baja Navarra, 47

Centro Clen Mendebaldea:

C/ Irunlarrea, 8 entreplanta



Todo lo que quería saber sobre la donación...

...y NO SE ATREVÍA A PREGUNTAR

DRA. MARÍA GORTARI,
DRA. Mª FE ARDANAZ,
DRA. ERKUDEN ARANBURU,
DRA. Mª LUISA AYAPE,
DRA. Mª MARCOS Y
DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-ERCE.

La transfusión sanguínea es una parte esencial de los Servicios Nacionales de Salud modernos. Usada correctamente puede salvar vidas y mejorar la salud del receptor. Fue el primer "transplante", además de donante vivo, que suele repetir su donación. Es el único que no precisa inmunosupresión, aunque la pueda producir.

Este bien escaso es fundamental para el mantenimiento del actual nivel de asistencia sanitaria, con la peculiaridad, entre otras, de proceder solo de origen humano. Sin un aporte constante y securizado no se podrían mantener los programas de transplantes de órganos, ni de progenitores hematopoyéticos, ni la cirugía hepática o cardíaca, ni el tratamiento de pacientes oncohematológicos, ni de niños afectos de anemia congénitas, ni obtener los derivados plasmáticos o plasma-fármacos que, a fecha de hoy, no somos capaces de fabricar.

Su obtención solo es posible gracias al regalo que nos hacen los donantes de sangre. El donante debe ser altruista, voluntario y sano, además de cumplir una serie de requisitos. Los profesionales sanitarios debemos velar tanto por su salud como por la seguridad del paciente receptor.

La donación y la transfusión sanguínea son los actos médicos con mayor regulación legislativa, normativas, leyes y decretos, donde debemos asegurarnos la absoluta trazabilidad y seguridad en todos los pasos del proceso. Este vínculo donante-paciente empieza mucho antes de la propia donación y sus consecuencias se pueden prologar en el tiempo. En este viaje "brazo a brazo" estamos implicados toda la sociedad, y todo el colectivo médico debe participar, directa o indirectamente, desde su promoción hasta su uso óptimo. En Navarra, que ha sido pionera en Hemoterapia, el pasado año, 14.338 donantes nos obsequiaron con 25.645 donaciones (un poco más de 40/1000 habitantes).

Con este texto, queremos resolver ciertas dudas habituales, mitos y leyendas de este oro rojo, a la vez que animar a los lectores a donar y a invitar a donar a otras personas y, por qué no, ayudar a la reflexión para su uso adecuado.



¿Quién puede donar?

Cualquier ciudadano, que se encuentre bien de salud física y psíquica, que no se maree al extraerle o ver sangre, con un peso habitual superior a 50 Kg, con un buen calibre venoso y con una edad entre 18 y 65 años. Los nuevos donantes mayores de 60 años podrán ser aceptados a discreción del médico. No obstante, los donantes habituales podrían seguir haciéndolo hasta los 70 años.

¿Qué información se suministra antes de donar?

Acorde con la legislación vigente, los candidatos a donantes de sangre recibirán información previa por escrito y en lenguaje comprensible, acerca de la naturaleza de la sangre, el procedimiento de donación, las condiciones y actividades que excluyen la donación y la importancia de no dar sangre si son aplicables algunas de ellas.

¿Qué requisitos se piden para donar?
"Valor-Amor-Salud"

Previamente a cada extracción, se somete al donante a un reconocimiento, realizado mediante cuestionario y entrevista personal a cargo de un profesional sanitario debidamente cualificado.

Para donar se requiere un nivel de hemoglobina mínimo de 12,5 g/dl en el caso de las mujeres, y de 13,5 g/dl en los hombres; una tensión arterial sistólica habitual entre 100 y 160 ml/hg; una frecuencia cardíaca rítmica, entre 50 y 100 l/min (en caso de deportistas de élite o habituales, siempre a criterio médico, se pueden aceptar bradicardias fisiológicas); y no estar en ayunas. Al contrario, la ingesta de líquido media hora antes de la donación reduce los riesgos de mareo y de hipotensión posterior.

¿En qué consiste la donación de sangre?

Tras pasar el reconocimiento, se realiza la asepsia del hueco cubital, se canaliza una vena y se extraen 450 cc de sangre total. Se utiliza una bolsa múltiple, con citrato como anticoagulante, y una bolsa satélite para la obtención de muestras y realizar analíticas. El volumen extraído no puede superar el 13% de la volemia sin reposición, y suele durar de 7 a 10 minutos.

¿Qué se hace con la bolsa de sangre total?

Sangre total

Centrifugado

Se centrifuga para separar los diferentes componentes. Los sistemas de prensado automatizado permiten depositarlos en su bolsa correspondiente, en circuito cerrado. Así se obtienen:

Concentrado de hematíes

Se añade una solución aditiva de SAG-Manitol, que permitirá su conservación a 4° C hasta 42 días.

Plaquetas

Se añade una solución aditiva para mantener su viabilidad; se conservan entre 20-24 ° C hasta 5-7 días en agitación continua.

Plasma Fresco

Se conserva congelado a ≤ -25 °C hasta 3 años.

¿Hay que tener algún cuidado especial tras la donación?

Después de donar, se recomienda la toma de un refrigerio para reponer líquidos y reposar unos minutos. No se recomienda fumar, ni la ingesta de alcohol en las horas siguientes a la misma; tampoco, hacer deporte previo a la donación y esperar 24 horas tras la donación para practicarlo. Igualmente, donantes con profesiones de riesgo (conductores, albañiles, pilotos) deben esperar al menos 12-24 horas para reincorporarse al trabajo.

¿Cada cuánto tiempo se puede donar?

En España, los hombres pueden donar sangre un total de 4 veces al año, las mujeres 3 veces. El tiempo mínimo entre donaciones es de 2 meses. En el resto de Europa suele ser 5 y 4 veces, respectivamente.

¿Qué análisis se realizan?

Siempre se determina el grupo sanguíneo (ABO) -sérico y hemático-, además del Rh y el escrutinio de anticuerpos irregulares, una prueba para la detección de sífilis, además de las serologías frente al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (VHB), anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1-2) y técnicas de amplificación de ácidos nucleicos o NAT (popularmente PCR o biología molecular) del VHB, VHC y VIH. Se añaden pruebas para detectar portadores de otros agentes infecciosos en determinados donantes dependiendo de viajes, país de procedencia, etc.

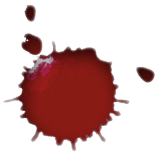
Si se detectase alguna alteración en las analíticas, siempre se informará al donante. Si una prueba serológica resultara positiva o reactiva, por seguridad, se desecha la unidad y se cita al donante para que acuda a repetir las pruebas antes de confirmar o no los resultados.

¿Donar es anónimo?

Se garantiza a los donantes de sangre la confidencialidad de toda la información facilitada al personal autorizado relacionada con su salud, de los resultados de los análisis de sus donaciones, así como de la trazabilidad futura de su donación (Ley de Protección de Datos). Para ello, se adjudica un número único para etiquetar las bolsas y los tubos, y así garantizar la trazabilidad donante-receptor. La codificación estandarizada incluye país, centro de donación, año y número de donación que, en nuestro caso, nos permite conocer incluso el punto de donación.

Donación de sangre

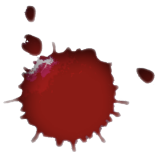




¿Se cobra por donar sangre?

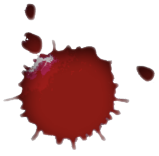
NO.

En España, como en el resto de la Comunidad Europea, el 100% de la donación debe ser solidaria, voluntaria y altruista, y se puede autoexcluir en cualquier momento, lo que da las máximas garantías de seguridad tanto para el donante como para el receptor, disminuyendo en gran medida el contagio de enfermedades por transfusión.



¿Puedo donar específicamente para un hijo, familiar o amigo?

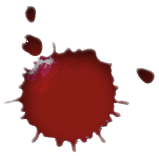
Tampoco. Ni se debe, ni es más segura. Sin embargo, en algunos países persiste la política de reposición: cuando un paciente necesita ser operado debe llevar al hospital personas que donen sangre (familiares o pagando a alguien).



En caso de necesidad, ¿se podría donar para uno mismo?

SÍ. Se denomina autotransfusión predepósito. Es la donación en la que el donante y receptor son la misma persona.

> "El donante debe ser altruista, voluntario y sano, además de cumplir una serie de requisitos. Los profesionales sanitarios debemos velar tanto por su salud como por la seguridad del paciente receptor"



¿En qué consiste la aféresis?

Existe la posibilidad de extraer uno o varios componentes sanguíneos (plasma y/o plaquetas), con "separadores celulares", por medio de sistema de "aféresis", utilizando equipos cerrados, estériles, con anticoagulante y de uso único. El separador centrifuga la sangre extraída, se obtienen el/los componentes programados y devuelve el resto al donante junto con suero fisiológico para la reposición del volumen extraído. Permite obtener mayores volúmenes, de forma efectiva y segura, aunque requirie mayor tiempo disponible del donante y mejores accesos venosos.



¿Donar sangre debilita?

La gran mayoría de donantes se encuentran perfectamente bien tras una donación. Para evitar posibles mareos por bajada de tensión arterial, se deben tomar líquidos y alimentos antes y después de donar.

No obstante, un descenso progresivo de los depósitos de hierro en donantes de sangre habituales, es un hecho lógico bien conocido. Si bien en la mayoría de los casos no supone perjuicio para su salud, sí puede ocasionar, en los más susceptibles, ferropenia latente o incluso anemia. Es la causa más común de rechazo (más de un tercio en nuestro centro), principalmente en las donantes en edad fértil.

Sin embargo, no por bien conocida la ferropenia ha recibido la merecida atención. En los últimos años diferentes organismos y entidades han realizado estudios amplios y han dado la voz de alarma, admitiendo que el problema es de mayor magnitud de lo estimado y que no siempre es bien gestionado.

En un recién documento del Consejo Científico de Seguridad Transfusional, se incluye un listado de trece medidas, entre las que destaca que la "administración de suplementos de hierro, con carácter profiláctico, solamente a aquellos donantes que presenten buena tolerancia al tratamiento, y que una vez informados opten, de manera voluntaria, por dicha alternativa"; y que "es recomendable, en cualquier caso, la promoción de campañas de información general dirigidas a médicos de Atención Primaria, sobre la donación de sangre así como de sus consecuencias fisiológicas". Es este uno de los motivos de este artículo divulgativo.

¿Pueden donar sangre los afectados de hemocromatosis?

La sangre de los individuos con hemocromatosis hereditaria (HH) que no tienen patología por depósito de hierro es intrínsecamente apta para transfundir, siempre y cuando el candidato a donante cumpla los criterios exigidos a cualquier donante. Si necesitan la extracción de sangre por prescripción médica y como terapia de su enfermedad, no cumplirían el criterio de altruismo. Una vez normalizados sus parámetros tras sangrías terapéuticas, siempre que esté sano y con los niveles de hierro normalizados, se le podría invitar a reconvertirse en un donante altruista de sangre.

Si se trata de personas que hubieran donado con anterioridad al diagnóstico de HH, no existirían dudas sobre su altruismo y pueden donar si cumplen los requisitos establecidos.

Actualmente, en el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra se han empezado a realizar sangrías terapéuticas a personas con HH (cuando no reúnen los requisitos para donar), siguiendo un protocolo previamente establecido de forma conjunta entre el médico remitente y el Centro de Donación.

¿Cómo se regula actualmente la donación de sangre?

Con el R.D. 1088/2005 y teniendo en cuenta el siguiente principio: no se debe donar sangre o componentes sanguíneos, si ello pudiera suponer un riesgo para el propio donante o el receptor.

Así, los candidatos a donantes afectos de ciertas enfermedades (de etiología desconocida, en estudio clínico, graves, infecciosas activas) o mal estado físico o psíquico, podrán ser excluidos, según Criterio Médico (CM) de manera Temporal (Contraindicación Temporal CIT) o Definitiva (Contraindicación Definitiva CID).

¿Se puede donar tomando medicamentos?

Será APTO en caso de: analgésicos, antiácidos, anticolesterolemiantes, anticonceptivos, antidepresivos, antidiabéticos (salvo insulinodependientes), ansiolíticos, antiinflamatorios, sustitutivos hormonales, vitaminas, tratamientos tópicos. En caso de antihipertensivos (HTA no grave), esperar 6-8 horas.

Para el resto de medicamentos: Consultar en el Banco de Sangre y Tejidos de Navarra.

Consumo de Drogas:

Tabaco:

APTO, aunque se recomienda no fumar tras donación (y mejor que lo deje).

Alcoholismo:

Antecedentes o Consumo de Drogas i.v. o i.m, incluido tratamiento esteroideo u hormonal para aumento de musculación: CID.

Consumo esporádico de alcohol o drogas (no inyectables). Si no está bajo sus efectos: APTO.

¿Se puede donar tras una intervención quirúrgica?

En caso de Cirugía Mayor: CIT de 4 meses; y tras Cirugía menor: CIT, al menos 1 semana.

¿Se puede donar tras una Exploración Médica?

Dependerá del motivo por el que se realiza y de los materiales utilizados. Endoscopia con instrumental flexible: CIT de 4 meses.

¿Se puede donar tras los viajes?

Viajar a determinados países con riesgo de zoonosis o infecciones (chagas, paludismo…): CIT.

¿Se puede donar sangre estando embarazada?

CIT hasta transcurridos 6 meses del parto. Si siguiese con la lactancia natural, CIT de 1 mes tras finalizarla. En caso de aborto: CIT de 3 a 6 meses, dependiendo del tiempo de gestación.

¿Se puede donar sangre después de hacerse un piercing, un tatuaje o acupuntura?

Tatuajes: CIT de 4 meses.

Piercing y Acupuntura con material estéril: APTO; si no, CIT de 4 meses.

¿Se puede donar después de ir al dentista?

Revisión: APTO.

Limpieza, empastes: esperar 1 día.

Extracción, implante, obturación: esperar 1 semana.

> "Es recomendable la promoción de campañas de información general, dirigidas a médicos de Atención Primaria, sobre la donación de sangre así como de sus consecuencias fisiológicas"

Equipo del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra:

Dra. María Gortari, Dr. José Antonio García-Erce, Dra. Mª Luisa Ayape, Dra. Mª Fe Ardanaz y Dra. Erkuden Aranburu.



Referencias:

https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/esquemaHemo/SistemaNacSegTransfusional.htm

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/recomendaciones/acuerdosRecomen.htm

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/DonacionSangre_Ferropenia.pdf

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/hemocromatosis.pdf

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Virus_Nilo.pdf

Gota de sangre Photo credit: mag3737 via Foter.com / CC BY-NC-SA (Cita requerida)

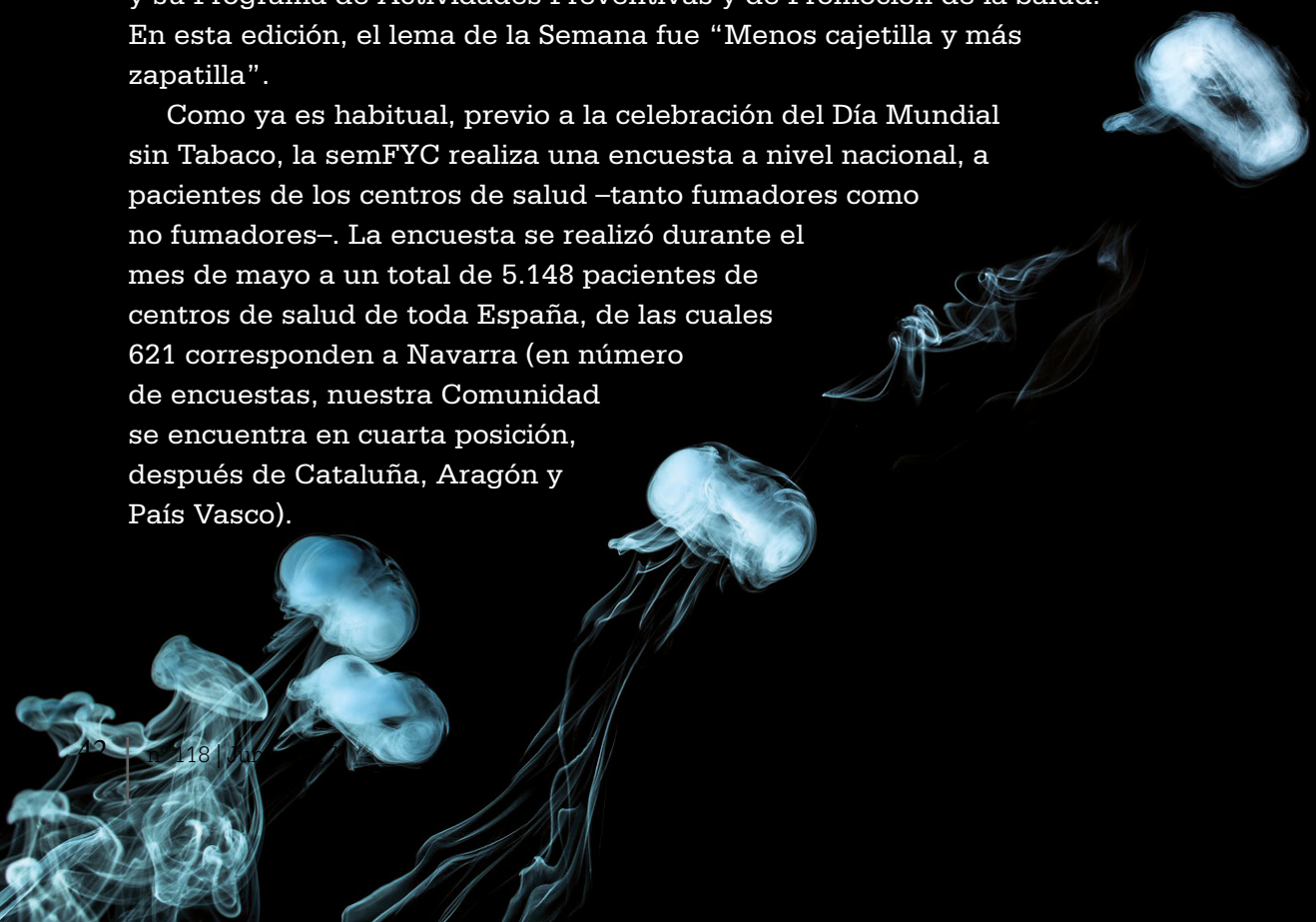
El 31 de mayo se celebró el Día Mundial sin Tabaco

Por primera vez, el número de fumadores en Navarra se sitúa por debajo del 20%

El 76,8% opina que debería estar prohibido fumar en el coche, o al menos cuando viajen niños

Del 25 al 31 de mayo de 2017, coincidiendo con la conmemoración del Día Mundial sin Tabaco el 31 de mayo, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Comunitaria (namFYC) y su Grupo de Abordaje del Tabaquismo (GAT), celebró la XVIII Semana Sin Humo, promovida a nivel estatal por la Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y su Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. En esta edición, el lema de la Semana fue "Menos cajetilla y más zapatilla".

Como ya es habitual, previo a la celebración del Día Mundial sin Tabaco, la semFYC realiza una encuesta a nivel nacional, a pacientes de los centros de salud –tanto fumadores como no fumadores–. La encuesta se realizó durante el mes de mayo a un total de 5.148 pacientes de centros de salud de toda España, de las cuales 621 corresponden a Navarra (en número de encuestas, nuestra Comunidad se encuentra en cuarta posición, después de Cataluña, Aragón y País Vasco).



Datos de Navarra

En concreto, de los encuestados en Navarra (42,8% hombres y 57,2% mujeres), el 19,8% son fumadores. "Por primera vez, según destaca Victoria Güeto, coordinadora del GAT y responsable de la Semana sin Humo en Navarra, se sitúa por debajo del 20%, una cifra que baja por sexto año consecutivo (en 2016, el 21% eran fumadores)". De entre los fumadores, un 15,6% fuma cannabis.

Del total de exfumadores, un 86,1% lo dejó sin ningún tipo de ayuda ni medicación (la mayoría, explica Güeto, por desconocimiento de la existencia de programas para dejar de fumar que se llevan a cabo desde los centros de salud de Navarra).

En lo relativo a la exposición al humo pasivo, y a pesar del cumplimiento mayoritaria de la ley, "el 41,2% afirma que está expuesto en terrazas, el 12,6% en bares y restaurantes, el 5.5% en su trabajo, el 17,6% en su casa, y el 5,3 % en su coche". Al respecto, "el 76,8% opina que debería estar prohibido fumar en el coche, o al menos cuando viajen niños (tal y como propuso al Parlamento Vasco la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo en 2015).

Sobre el aumento de precios e impuestos del tabaco, un 56,7% considera que subir el precio haría que más personas dejaran de fumar, y un 55,9% de los encuestados estarían a favor de la medida.

Respecto a los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar, un 67,6% considera que son útiles y estarían a favor de la financiación un 70%. Entre los fumadores, un 73,1 % intentaría dejar el tabaco si estuvieran financiados.

De forma global, explica Victoria Güeto, "la medida que se considera más efectiva para disminuir el consumo de tabaco es avanzar en la prohibición de fumar en distintos espacios (así lo considera un 42,8% del total de encuestados), seguida del aumento del precio del tabaco (un 27,9%)".





Victoria Güeto, coordinadora del GAT y responsable de la Semana sin Humo en Navarra.



Alumnos del IES Zizur BHI, ganadores del concurso de vídeo con el trabajo titulado "Cigarrito".

Sara Artieda, de Sangüesa, y el IES Zizur, ganadores del Concurso de dibujo y vídeo del Día Mundial sin Tabaco

Colabora en esta iniciativa el Colegio de Médicos de Navarra

Sara Artieda, alumna de 3º de la ESO del IES Sierra de Leyre de Sangüesa, y el aula de 3º de ESO del IES Zizur BHI resultaron ganadores del Concurso escolar de dibujo y vídeo, respectivamente, organizado con motivo del Día Mundial sin Tabaco que se celebró el día 31 de mayo.

En concreto, Sara Artieda realizó el cartel titulado "No te subas al tren", y el vídeo del IES Zizur BHI elaboró el vídeo "Cigarrito". Los premios consisten en un obsequio individual de un vale de 100 euros para ropa deportiva, y un premio colectivo para la clase del ganador o ganadora de una sesión de dos horas de rocódromo o "salting".

El certamen se enmarca en una campaña desarrollada en centros educativos, dirigida al alumnado de Educación Secundaria Obligatoria, Bachiller y Formación Profesional, con el objetivo de prevenir el inicio del consumo y avanzar hacia una generación sin tabaco. La campaña fue promovida por el Instituto de Salud Pública conjuntamente con el Departamento de Educación, y ha contado con la colaboración de los colegios profesionales de Médicos, Enfermería, Odontología y Estomatología, la Sociedad de Medicina de Familia y Atención Primaria, y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo en Navarra.

El Gobierno de Navarra financiará, a partir de octubre, los fármacos de ayuda para dejar de fumar



Dibujo de Sara Artieda, alumna de 3º de la ESO del IES Sierra de Leyre de Sangüesa, titulado "No te subas al tren", ganador del concurso de dibujo.

La adolescencia y el consumo de tabaco

Casi todo el consumo de tabaco empieza durante la adolescencia y comienzos de la edad adulta. Casi el 90% de los nuevos consumidores fuman su primer cigarrillo antes de los 18 años, y el 99% antes de los 26.

En Navarra, la edad de inicio es de 15,4 años y la de consumo diario, 16,5 años. Según la encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-2014, fuman 21 de cada 100 jóvenes (21,6% chicos y 21,3% chicas). En las edades más jóvenes, entre 14-18 años, fuman el 8%, doblando el porcentaje de chicas al de chicos.

Encuentros Gerontológicos de Primavera

Soledad y vejez desde diferentes puntos de vista

La soledad doliente, esa soledad no elegida y que, en muchos casos, lleva al aislamiento y a la depresión es la que se abordó, el pasado 22 de mayo, en los Encuentros Gerontológicos de Primavera, organizados por la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología y el Voluntariado Geriátrico de Pamplona, en el Colegio de Médicos.



Aurelio Arteta, ensayista y catedrático de Ética Política.

Participaron el sociólogo Gerardo Hernández, el psiquiatra José Ramón Varo, el geriatra Juan Luis Guijarro y el ensayista y catedrático de Ética Política, Aurelio Arteta.

En Pamplona 9.000 personas viven solas y, cuando no tienen a quien recurrir y están en situación de discapacidad, la solución suele ser el ingreso en residencia. De ahí, la importancia de los círculos concéntricos que rodean a las personas y que tienen un orden; familia, amigos, vecinos, voluntariado, acciones benévolas y sociedad en general.



Francisco Úriz (presidente de la SNNG),Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos) y el geriatra Juan Luis Guijarro, clausuraron los Encuentros.

La soledad tiene como terapia la compañía, no hay otra medicación

También se habló de un aspecto duro como es el suicido, una consecuencia en determinados casos de personas depresivas en situación de soledad no elegida. Tener alguien al lado es un una protección contra la depresión. En caso contrario la soledad produce desaliento, desinterés en el cuidado personal, en la higiene, en la alimentación. La persona depresiva no quiere estar sola, pero no sabe cómo comunicarse con los demás y puede terminar en aislamiento social.

Se analizaron dos aspectos en forma de conclusión: el primero que afecta a la **sociedad** en general, porque es necesario promover, desde las instituciones, programas que ayuden al anciano a estar activo y, sobre todo, a relacionarse.Y el segundo desde la familia, porque las visitas a la persona mayor no deben de ser una rutina. Pueden ser visitas cortas, lo importante es que distraiga y que sea cálida, porque la soledad tiene como terapia la compañía, no hay otro consuelo, ni otra medicación.

Los Encuentros concluyeron con una conferencia de Aurelio Arteta. En su charla hubo afirmaciones como que "en la vejez hay que revelarse ante la muerte y vivir como si fuéramos dignos de la inmortalidad, pero sabiendo que la muerte está ahí". Y concluyó con la frase: "Mientras hay esperanza, hay vida".

ANPE:

Ventajas y riesgos de las nuevas tecnologías



▪ IDOIA OLZA

Internet ha revolucionado las relaciones, pero pocos son los que detectan los peligros reales a los que se enfrentan nuestros menores de edad en el mundo digital. La prevención en el uso que hacen de las redes sociales es una asignatura pendiente.

Este año 2017, la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) celebra su XV aniversario. Para conmemorarlo, entre otros actos científicos, organizó una sesión de debate sobre "Ventajas y riesgos de las nuevas tecnologías. Menores y seguridad en la red", que se celebró el pasado 24 de abril. Participaron Ester Arén, inspectora jefa de la Policía Nacional y especialista en redes sociales, y Urko Fernández Román, jefe de Proyectos de Pantalla Amigas.

Ester Arén empezó su charla señalando que los pediatras son la primera puerta sanitaria del menor, que con un gesto o una frase pueden ayudar a un niño que lo está pasando mal, y que nadie le ha sabido ayudar. Por ello, preguntó en la sala cuántos de los pediatras allí presentes estaban y utilizaban redes sociales. "Es fundamental que utilicéis las redes donde están los menores –Instagram, Musical.ly, Whatsapp, etc-, de lo contrario no sabréis cómo ayudarles. Debéis de ser espectadores activos. Los pediatras os enfrentáis a una nueva realidad social para la que no estáis preparados, ni en el uso de las redes sociales, ni tampoco en las consecuencias de mal uso por parte de los menores, a los que tratáis como pacientes".

Los menores han nacido en un mundo digital que creen controlar, explicó la experta en redes sociales, "pero que no tienen ni idea de lo que hacen ni de sus consecuencias. Les damos terminales de última generación para que naveguen a toda velocidad por esa carretera virtual que es Internet y las redes sociales, sin un curso para manejarse y sin que nadie les acompañe en el camino, y pensamos que van a salir ilesos".

Según Ester Arén, "los menores se agreden, se humillan, y cometen delitos sin saberlo, y lo que es peor, no saben gestionarlo cuando son testigos o víctimas; sin



Ester Arén y Urko Fernández, expertos en redes sociales.

embargo, la sociedad mira para otro lado y no pone límites en el uso de las redes sociales. Por eso, cuando los menores reciben charlas preventivas de la policía y se dan cuenta de que humillar, vejar, ofender y agredir verbalmente en redes son delitos, aprenden rápidamente y cambian conductas porque sus acciones tienen consecuencias".

Como norma básica para un buen uso de las tecnologías, "a los menores les tenemos que enseñar el valor de la privacidad propia y la de los demás, lo que suben a la red se puede modificar, compartir y puede permanecer para siempre"; y es fundamental que el menor no contacte, ni siga en redes sociales a quien no conoce en la vida real".

En España, recordó Arén, los menores de 14 años no pueden acceder a las redes sociales, excepto con consentimiento paterno; a pesar de ello, los niños de 10 años participan en mundos virtuales, y muchos con 12 años ya tienen perfiles en más de una red social, sin que sus padres lo sepan".

> "Es fundamental que los pediatras estén y utilicen las redes sociales que manejan los menores"

La experta también se refirió a los riesgos de las redes para los menores, "cada vez a edades más tempranas los niños son víctimas de comportamientos abusivos, físicos o verbales, por parte de sus compañeros de colegio". Así, habló del Ciberbullying, Grooming, y Sexting.

El Ciberbullying es el comportamiento prolongado de agresión, humillación, insultos, amenazas, intimidación física o psicológica que un niño o grupo de niños realiza a un tercero a través de redes o móviles. "Por estas actitudes, que a veces se califican como cosas de niños, hay menores en España que se están suicidando. Estas situaciones hay que denunciarlas cuando se detectan, por vía penal cuando son mayores de 14 años, y si son menores de 14 años a la policía o al fiscal de menores. Porque lo que no se conoce no existe y no se puede prevenir".

En el Grooming, el adulto se hace pasar por menor en las redes sociales, y mediante engaño, engatusa al menor con un objetivo claro que siempre será sexual: abuso y agresión. Pueden estar años consiguiendo datos y la confianza del menor hasta que un día actúan. Son auténticos depredadores. Es fundamental que los padres y adultos controlen con quién está su hijo en redes, por ello tienen la obligación de acompañar a su hijo a través de las redes y supervisar sus amigos virtuales".

Por último, el Sexting consiste en enviar de forma voluntaria y a través de redes, una foto íntima –erótica o pornográfica- a una persona amiga física o virtualmente. "Pero un día cuando rompen la relación, la otra persona le hace chantaje con las fotos o se las manda al resto de amigos de las redes. En estos casos, el que difunde realiza un delito de difusión de pornografía infantil y hay que denunciarlo".

Los especialistas recomiendan que el conjunto de la sociedad debe actuar en el ámbito preventivo, por supuesto también los pediatras. "Hay que promover una ciudadanía digital, pero tomando conciencia sobre lo que significa la intimidad, la privacidad y la protección de los derechos y deberes".

"El futuro inmediato va ligado a los equipos multidisciplinares formados por padres, profesores, pediatras, psicólogos, policías y Fiscalía de Menores. Con el objetivo de prevenir, detectar, actuar y, de este modo, evitar que los menores actúen solos ante problemas graves de los que son víctimas en las sombras de las redes sociales", concluyó Ester Arén.



Público asistente al debate sobre "Ventajas y riesgos de las nuevas tecnologías. Menores y seguridad en la red", organizado por ANPE.

"Les damos terminales de última generación para que naveguen a toda velocidad por esa carretera virtual que es Internet y las redes sociales, sin un curso para manejarse y sin que nadie les acompañe en el camino"

Cómo promover un uso seguro de Internet

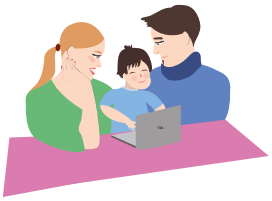
Pantallas Amigas es una iniciativa que tiene como misión la promoción del uso seguro y saludable de las nuevas tecnologías y el fomento de la ciudadanía digital responsable en la infancia y la adolescencia.

Urko Fernández, jefe de Proyectos de Pantalla Amigas, explicó que los jóvenes no utilizan Internet, "viven a través de Internet y las redes sociales, experimentan la vida de otra manera, y la sociedad no está adaptada a esta nueva forma de vida".

Para Pantallas Amigas, tal y como indica su nombre, "la tecnología es una aliada que ofrece multitud de oportunidades, por ello tenemos que promover un uso seguro de Internet, ofrecer a los más jóvenes las herramientas y el conocimiento necesarios para que puedan resolver los conflictos".

Entre estas herramientas de sensibilización y prevención, Pantallas Amigas ofrece materiales didácticos (con videojuegos y animaciones), tales como "Internet con los menores riesgos. Guía para madres y padres", "Las Diez Claves", "Ventanas. Una aventura real en un mundo virtual", "Ciberbullying. Guía para madres, padres y personal docente". "Secukid, juego educativo para móviles sobre seguridad", Recurso educativo online www.internetamiga.net y Protocolo de actuación escolar ante el Ciberbullying de grupo EMICI, entre otros.

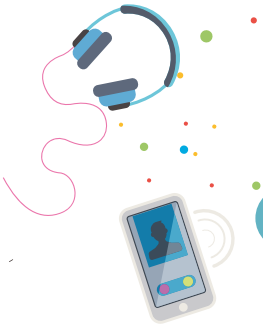
Decálogo para un Buen uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación



Haz un buen uso, sin abuso y con responsabilidad







1. Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) pueden ser *muy positivas* para el aprendizaje de niños y adolescentes. También permiten adquirir habilidades tecnológicas que necesitarán en su futuro.

2. Pero un mal uso puede generar *problemas físicos* (dolor de espalda, fatiga ocular, problemas del sueño, sedentarismo...), *académicos* (menor concentración o rendimiento...), *psíquicos* (adicción, estrés...) y *sociales* (aislamiento, pérdida de interés...).

3. *Los padres deben formarse e informarse para educar* a sus hijos en un uso responsable. Sea un modelo para ellos. Establezca normas y ponga límites. No use videoconsolas, tabletas, ordenadores, teléfonos inteligentes (*smartphones*)... antes de los 2 años. Por la noche, y durante las comidas, guárdelas en un lugar común, respetando los momentos de comunicación familiar y el descanso.

4. *Evite que accedan a contenidos de riesgo* (bulimia, anorexia, violencia, pornografía, pedofilia, consumo de drogas, juegos, fraudes comerciales, vídeos de moda con conductas de riesgo, etc...). Establezca programas de control parental. Tenga en cuenta la orientación por edades y temáticas de los videojuegos y programas de entretenimiento (código PEGI).

5. *Proteja todos los dispositivos* con conexión a la Red con antivirus, bloqueos de pantalla, contraseñas y códigos fuertes. Actualice los sistemas operativos y sus programas.

6. *Ojo con los contenidos que suben en Internet.* Enséñeles el valor de la privacidad propia y de los demás. Lo que se sube a la Red se puede modificar, compartir y puede permanecer para siempre.

7. *Se debe enseñar el respeto a los demás.* El ciberacoso o *ciberbullying* es cuando entre menores se insultan, amenazan, chantajean y humillan de forma reiterada a través de una red social. El *sexting* es el envío de material erótico o pornográfico a través de una red social. Ambos pueden tener serias repercusiones: sociales y emocionales para quienes lo sufren, y legales para quienes lo realizan.

8. *El menor no debe contactar ni seguir en redes sociales a quien no conoce en la vida real.* Y menos acudir a una cita. El *grooming* se produce cuando un adulto se hace pasar por menor, para chantajearle y abusar sexualmente de él.

9. *A veces los problemas relacionados con las TIC se detectan tarde.* Tenga una buena comunicación con su hijo. Preste atención a cambios físicos, emocionales o del comportamiento.

10. Ante un caso de sospecha o certeza de ciberacoso o *grooming* *se debe actuar siempre de forma inmediata.* Hay que alejarles del acosador y denunciar el hecho. Si la situación es grave pida ayuda a un profesional (pediatra, psicólogo, psiquiatra o policía experto en delitos tecnológicos).
Para prevenirlo, y que no suceda, recurra a la policía escribiendo a estos correos:
participa@policia.es • **seguridadescolar@policia.es**

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
www.aepap.org

FAMIPED
www.famiped.es

Familia y Salud
www.familiaysalud.es

© AEPap-Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2017

SEMG y SEMERGEN Navarra: Vacunación en el adulto

Los adultos, a partir de 65 años, y aquellos con patologías de base deberían vacunarse frente al neumococo

▪ IDOIA OLZA

Coincidiendo con la celebración de la Semana Mundial de la Inmunización, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Navarra) organizaron el pasado 27 de abril, en la sede del Colegio de Médicos, una jornada sobre "Vacunación en el adulto".

Los ponentes fueron Luis Mendo presidente de la SEMERGEN, Manuel Mozota presidente de SEMG Navarra y José Ramón Yuste, médico de enfermedades infecciosas de la Clínica Universidad de Navarra y profesor también de la Universidad de Navarra. El Dr. Mozota afirmó que "un sector de la población cuestiona la eficacia de las vacunas e incluso nos quieren hacer creer que son perjudiciales para la población. Ante este despropósito, solo queda ponderar los aspectos positivos de la vacunación". La vacunación es fundamental porque "disminuye la incidencia de las enfermedades, reduciendo la mortalidad y la morbilidad, además, disminuye los costes, tanto de ingresos como los derivados del tratamiento de las enfermedades. Y en un futuro, se podrán erradicar ciertas enfermedades que hoy en día son letales como ya sucedió con la viruela". También se refirió al "efecto rebaño", que hace que si una gran parte de la población se vacuna, el resto también esté protegido.

En cuanto a la seguridad de las vacunas, hoy en día son "seguras y eficaces, los beneficios son superiores a los riesgos, que son mínimos, y se refieren a intolerancias, fiebre o lesiones locales", asegura el Dr. Mozota.

Por ello, los profesionales de Primaria solicitan al Departamento de Salud de Navarra que asegure el abastecimiento a las farmacias de todas las medicinas, y por supuesto también de las vacunas, "debe facilitar que los navarros tengan opción de comprar una vacuna que le ha recetado su médico o pediatra, sin necesidad de irse a otros países, con el riesgo que conlleva que se pueda romper la cadena de frío en el transporte". En estos momentos, se está dando esta situación con la vacuna del Meningococo B -enfermedad con pocos casos, pero de gran letalidad-, que debido a la dificultad de comprarla en las farmacias, muchas personas optan por obtenerla en países vecinos.



Los doctores José Ramón Yuste. Manuel Mozota y Luis Mendo.

Vacunación del adulto con la Conjugada 13

El Dr. Mozota también se refirió a que ya está disponible para el adulto la vacuna contra el neumococo (la Conjugada 13). "Esta vacuna, además de prevenir la Enfermedad Neumocócica Invasiva, evita portadores del patógeno, y produce, además, memoria inmunológica, lo que hace que no disminuya su respuesta con el paso del tiempo".

Por su parte, José Ramón Yuste explicó el estudio CAPITA, realizado con 84.000 personas y publicado en The New England Journal of Medicine, donde se ha visto la eficacia de la vacuna conjugada en prevención de neumonía neumocócica no invasiva, una eficiencia que no demostró la vacuna polisacárida. El estudio concluye que disminuye el primer episodio de neumonía cubierta por los serotipos que incluye la vacuna en un 45% en neumonía adquirida en la comunidad, un 46% en neumonía neumocócica no invasiva y en un 75% de neumonía neumocócica invasiva.

La vacuna polisacárida baja su eficacia con los años y es menos eficaz cuanto más deficitario está su sistema inmune, mientras que la conjugada mantiene la eficacia y erradica a los portadores.

Al respecto, se informó del nuevo Consenso que han firmado las 18 Sociedades Científicas. Este consenso supone una actualización del que ya firmaron, en el año 2013, 16 Sociedades y que se publicó en la Revista Española de Quimioterapia.

Consenso firmado por 18 Sociedades Científicas:

10 puntos clave

1. La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la neumonía neumocócica (NN) son una importante causa de morbilidad y mortalidad en el mundo.
2. La ENI se presenta con diferentes formas clínicas siendo la neumonía bacteriémica la más frecuente. Determinadas condiciones y enfermedades concomitantes subyacentes aumentan el riesgo de ENI y NN, así como la mala evolución de ambas.
3. La vacunación antineumocócica contribuye a reducir las resistencias antibióticas de S. pneumoniae que venían aumentando antes de la introducción de la vacunación antineumocócica conjugada (VNC) infantil.
4. La vacuna polisacárida (VNP23), que se emplea en mayores de 2 años de edad es la que más serotipos incluye, pero presenta limitaciones: no genera memoria inmunitaria, los niveles de anticuerpos disminuyen con el tiempo, provoca un fenómeno de tolerancia inmunitaria, no actúa sobre la colonización nasofaríngea y ha mostrado una limitada efectividad vacunal en estos grupos de riesgo.
5. La vacuna conjugada (VNC13) puede emplearse en cualquier edad a partir de las 6 semanas de vida, genera memoria inmunitaria, una respuesta inmunitaria más potente que la vacuna polisacárida (VNP23) y un mayor impacto al actuar sobre la colonización nasofaríngea. Entre las limitaciones se encuentran el menor número de serotipos incluidos y el nicho de colonización nasofaríngea libre a ocupar
6. Un reciente ensayo clínico con más de 84.000 participantes mayores de 64 años ha demostrado eficacia vacunal de VNC13 en la prevención no solo de la ENI sino de la neumonía neumocócica. Aunque aún se precisan más estudios de eficacia de ambas vacunas en distintas situaciones comórbidas, es esperable un claro beneficio en términos de morbimortalidad, especialmente con la vacuna conjugada (VNC13).
7. Probablemente, la vacunación infantil sistemática podría prevenir morbilidad y mortalidad asociada a la infección neumocócica en los adultos (protección indirecta). No obstante, hasta que la vacunación sistemática de la población infantil se mantenga durante varios años, la utilización de la VNC13 parece estar justificada en los grupos de adultos de mayor riesgo.
8. Entre los grupos de riesgo este panel consideró susceptibles de vacunación los sujetos con asplenia anatómica o funcional, fístulas de LCR, implantes cocleares e inmunodeprimidos: Enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, otras neoplasias, enfermedad renal crónica estadio 4-5 y estadio 3 con riesgo aumentado (síndrome nefrótico, diabetes mellitus o tratamiento con inmunosupresores), trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH, enfermedad reumatológica inflamatoria autoinmune y enfermedad inflamatoria intestinal (incluye enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa).
9. También se consideró susceptibles de vacunación los sujetos inmunocompetentes tanto sanos ≥65 años, como aquellos con otras patologías de base, o factores de riesgo, como: Enfermedad respiratoria crónica (incluye EPOC, asma grave y patología intersticial difusa pulmonar), enfermedad hepática crónica (incluye cirrosis), enfermedad cardiovascular crónica (incluye insuficiencia cardiaca crónica, cardiopatía isquémica, valvulopatías, cardiopatías congénitas, hipertensión con afectación cardíaca y pacientes con patología cerebrovascular), diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales o insulina, tabaquismo y abuso del alcohol.
10. Las 18 Sociedades Científicas firmantes de este Consenso consideran que los adultos de 65 años o más y aquellos con las patologías de base enumeradas en los puntos clave 8 y 9 deberían vacunarse frente a neumococo y recibir, preferentemente, al menos, 1 dosis de VNC13 que se administrará siempre antes que VNP23 con un intervalo mínimo de 8 semanas (óptimo de 1 año) en aquellos casos en los que la revacunación con ésta última esté también indicada. Nuestras SS.CC. encuentran entre sus objetivos mejorar la formación y respuesta del profesional sanitario ante una evidencia en la protección frente a la enfermedad neumocócica invasora y la neumonía neumocócica que no es siempre aplicada en la práctica clínica.

Actualización en incontinencia urinaria femenina

La prevalencia media de la incontinencia urinaria para mujeres de mediana edad se sitúa entre el 30 y el 40%



Participaron en el Curso: el Dr. Manuel Mozota, la Dra. Irene Díez Itza (ginecóloga del Hospital Universitario Donostia y presidenta de la Sección de Suelo Pélvico de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) y el Dr. Íñigo Fernández Andrés.

"La incontinencia urinaria (IU) es entendida como cualquier pérdida involuntaria de orina, y constituye un problema médico y social importante. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente la calidad de vida de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía". Así lo explica el Dr. Íñigo Fernández Andrés, ginecólogo de la Consulta de Suelo Pélvico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Navarra, secretario de la Sociedad Navarra de Ginecología y Obstetricia, y moderador del Curso sobre "Actualización en incontinencia Urinaria femenina, dirigida a Atención Primaria", organizado por SEMG Navarra el pasado 31 de mayo en la sede del Colegio de Médicos de Navarra y en el que participaron alrededor de cien médicos de Atención Primaria.

En los estudios realizados en mujeres en España, afirma el Dr. Fernández, "la prevalencia media estimada para las mujeres es del 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. En general, la prevalencia de la IU en España varía en función de la edad y el sexo, aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer que en el varón".

En su opinión, "es frecuente que los médicos no pregunten y que los pacientes no hablen de ello. Sería necesario vencer esta inercia clínica y favorecer que desde las consultas de Atención Primaria, los profesionales de la salud tomasen una actitud proactiva, para el diagnóstico y el tratamiento precoz de esta patología".

Tratamiento

El tratamiento de la incontinencia urinaria incluye todas aquellas actuaciones encaminadas a solucionar los escapes involuntarios de orina que se producen. El tratamiento depende de la causa del problema y del tipo de incontinencia.

"El tratamiento conservador, afirmó el ginecólogo, comprende intervenciones en el estilo de vida de la paciente y terapias físicas. Los ejercicios de Kegel y el entrenamiento de la vejiga ayudan a algunos tipos de incontinencia a través del fortalecimiento de los músculos pélvicos. Los medicamentos y la cirugía son otras opciones".

En lo que respecta a la cirugía, explicó que "puede ser útil, en especial para la incontinencia por esfuerzo, y se realiza si no ha funcionado el tratamiento rehabilitador o si la incontinencia es grave. Dada la baja morbilidad y facilidad de realización por un especialista capacitado, la técnica de banda suburetral se convierte en la técnica quirúrgica de elección".

196 nuevos graduados en Medicina toman el juramento hipocrático

El pasado 27 de mayo, la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra celebró la graduación de los 196 estudiantes, que forman parte de la LVIII promoción.

El vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra, el Dr. Alberto Lafuente, tomó el juramento hipocrático a los recién licenciados.

Alumnos, familiares y profesores asistieron al acto académico que contó con la participación del decano de la Facultad, el doctor Secundino González; la vicedecana de Alumnos y Ordenación Académica, Arantza Campo; el vicedecano de Investigación y Posgrado, José Hermida; el vicedecano de Ordenación Académica de la Facultad, Juan Carlos Galofré; y la gerente de la Facultad, Carmen Ferrer.

La Dra. Leire Arbea, profesora de Oncología Médica y madrina de la promoción, destacó en su discurso no solo el valor de una buena formación científica, sino la importancia de centrar la profesión en el hombre, sea este paciente, alumno o médico. "Por eso estáis de enhorabuena, porque os habéis comprometido con la profesión más hermosa y la más humanizadora".

El programa de actos comenzó con una Ofrenda a la Virgen del Amor Hermoso en la ermita del campus, y continuó con la Santa Misa en el Edificio Amigos. Se clausuró en el Polideportivo de la Universidad, con la entrega de diplomas, la toma del Juramento Hipocrático y con el canto del himno universitario Gaudeamus Igitur.





La UPNA y el Colegio de Médicos reunieron a expertos en Smart Health

Retos y tendencias de la salud inteligente



Luis Serrano, profesor del Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica de la UPNA y organizador de la Jornada.

El Instituto de Smart Cities (ISC) de la Universidad Pública de Navarra (UPNA), en colaboración con el Colegio de Médicos de Navarra, organizó el pasado 27 de abril una jornada titulada 'Smart health' en el contexto de las 'Smart cities', en la que se presentó una visión general de los retos y tendencias en la salud inteligente (apoyada en las nuevas tecnologías), desde el punto de vista tecnológico, la gestión de la salud y la prestación de servicios.

Este evento fue organizado por los investigadores del ISC Francisco Falcone Lanas, Luis Serrano Arriezu y Jesús Trigo Vilaseca.

Cuidados médicos digitalizados

La Jornada de Smart Health se estructuró en dos sesiones, con el fin de poder abordar aspectos tanto tecnológicos como ligados al ámbito de la gestión sanitaria. La apertura de la jornada corrió a cargo del vicerrector de Investigación, Ramón Gonzalo y del director del ISC-UPNA, Ignacio Matías. Posteriormente, tuvieron lugar tres ponencias que abarcaron los diferentes aspectos tecnológicos vinculados a la Smart Health.

Luis Serrano, profesor del Departamento de Ingeniería Eléctrica y Electrónica de la UPNA, se centró en la evolución de la gestión sanitaria en las últimas décadas, mediante la introducción de diversos recursos, tanto a nivel de integración electrónica, como de sistemas de información en diferentes ámbitos de la atención sanitaria. El experto abordó aspectos tales como la historia clínica electrónica y el avance en monitorización remota, gracias a la adopción de tecnologías móviles y el abaratamiento y reducción del tamaño de la electrónica y sensórica empleada. Todo ello, sin perder de vista el papel de los profesionales sanitarios y de los usuarios del sistema sanitario, ejes fundamentales en la prestación del servicio.

A continuación, la Dra. Victoria Ramos, científica en la Unidad de Telemedicina del Instituto Carlos III de Madrid, presentó la evolución en el entorno de salud hacia el paradigma de Ambient Assisted Living (AAL), en el que conceptos como "vida independiente" y "envejecimiento en el propio entorno" están en el centro de una propuesta de servicio de atención integral innovadora. El objetivo es permitir a las personas mayores "envejecer en su hogar", es decir, en su entorno familiar, mientras mantienen su independencia. En este contexto, se explicaron las características de este tipo de entornos, así como algunas experiencias desarrolladas dentro de las actividades del Instituto Carlos III de Salud Pública.

Francisco Casino, investigador del grupo de Smart Health de la Universidad Rovira i Virgili, cerró la sesión matinal en la UPNA, explicando el concepto de Smart Health, como integración de los sistemas de e/Health y m/Health con los sistemas de interacción contextual de Smart Cities. De esta manera, es factible contar con entornos no solo reactivos, sino que en el futuro se puedan tomar decisiones y actuar de manera tanto proactiva como cognitiva.

La gestión de la Smart Health

La sede del Colegio de Médicos de Navarra acogió la sesión vespertina, en la que los expertos analizaron las necesidades de innovación no tecnológica para un adecuado despliegue



de servicios de smart health, basados en TIC, en áreas como la gestión sanitaria, los modelos de financiación o los recursos humanos.

Carlos Mur de Viu, director gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada, abrió la sesión con su charla Smart Health Management y destacó que "los cambios demográficos, las variables socioeconómicas y la revolución tecnológica están produciendo una transformación clara en el sector sanitario (y socio-sanitario)". El experto explicó que el reto de atención a la cronicidad, la necesidad de ser eficaces y coste-efectivos, la búsqueda de la excelencia investigadora, la traslación de sus resultados a la práctica clínica, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades se lograrán mejor con una óptima interacción con el ambiente. "Las instituciones sanitarias –dijo Carlos Mur- no podemos ser entidades aisladas proveedoras de servicios que producen determinados resultados en salud... O no solo eso. La interacción con el entorno, la coordinación con otros niveles asistenciales, con los servicios sociales, educativos, económicos y administrativos ayudan a la consecución de los objetivos en salud. Una adecuada política medio ambiental y de recogida de residuos, una mejor regulación del tráfico rodado, etc., generan mejoras en la salud de la población".

Apostó por directivos en el sector sanitario con visión de futuro, que integren el axioma de "salud en todas las políticas de un territorio" y subrayó la importancia de explorar fórmulas de colaboración y reingeniería de procesos, aprovechando la óptima generación de big data para planificar recursos y actividades.

Pablo Rivero, Senior Manager de Everis para el desarrollo de la Innovación en Salud a nivel internacional, disertó sobre los pasos necesarios para la adopción de las estrategias de salud inteligente que aportan valor al ciudadano. Basándose en los trabajos de Carlota Pérez, publicados en el Cambridge Journal of Economics (2002), explicó que la adopción de innovación tecnológica o era digital presenta dos fases diferenciadas: la de instalación, donde aparecen los estudios de mercado, los proveedores empujan y hay una batalla continua con lo "viejo"; y la fase de despliegue, una era creativa en la que la demanda empuja y se vislumbran grandes beneficios para la economía. "Actualmente, estamos en el interface, siendo un tiempo crucial para el despliegue masivo de las TICs", subrayó Pablo Rivero. Anticipó que en esta década, 2010-2020, vamos a pasar del SMART al SMACT (Social, Mobile, Analytics, Cloud, Things) y que los grandes retos a los que se enfrentan las organizaciones sanitarias son los cambios en los modelos de organización y provisión de servicios, así como la necesaria explotación de los datos (Clinical Management Platform, Performance Management System, Patient Engagement Platorm, Reporting and Analytics Platform).



Carlos Mur de Viu, en la presentación de su ponencia sobre Smart Health Management.

La estrategia de crónicos en Navarra

Cristina Ibarrola, responsable de la Estrategia de Crónicos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, explicó la metodología que se había seguido, el personal involucrado, las áreas de influencia y el cuadro de mandos que estaba gestionando la iniciativa. También indicó que las experiencias previas, como el proyecto NASISTIC: NAvarra te aSISte con TIC, desarrollado en colaboración con la UPNA y la empresa privada, había servido como campo de pruebas para valorar aspectos de tecnología como dispositivos móviles, comunicaciones, back-end, etc. Concluyó con algunos datos sobre las patologías que se habían incluido, pacientes, comentarios de usuarios, etc.

Participantes y expertos concluyeron que este tipo de iniciativas pueden ser factibles de ser "comercializadas" en otros territorios dentro de la economía global.

XXVII Congreso OEE (Osasungoa Euskalduntzeko Erakundea)

La pluralidad en la salud

Uxua Flores Erro.

Pediatra en el Centro de Salud de Ermitagaña.



OEE es una asociación que agrupa a profesionales de la Medicina y fomenta el uso del euskera en el ámbito de la sanidad.

Se abordaron temas como transexualidad, género y bienestar

Los días 31 de marzo y 1 de abril tuvo lugar en Iruña/Pamplona el XXVII Congreso sobre Salud, realizado en euskera y organizado conjuntamente por OEE (Osasungoa Euskalduntzeko Erakundea) y la Universidad Pública de Navarra, al que asistieron un total de 115 personas.

OEE es una asociación que agrupa a profesionales de la Medicina y fomenta el uso del euskera en el ámbito de la Sanidad. En este sexto Congreso, que se celebra en Navarra, el tema elegido fue ***La pluralidad en la salud***, por su interés y relevancia en la actualidad.

El Congreso incluyó tres mesas redondas, en las que se trataron algunas de las diversidades que encontramos en la asistencia cotidiana, dos talleres de carácter práctico, y comunicaciones orales libres y pósters con exposición por parte de los autores.

En la primera mesa redonda sobre ***Identidades sexuales: otra mirada***, Erika Salvatierra, sexóloga de Kattalingune, habló de cómo comprender y ayudar al niño o niña que se encuentra en situación de transexualidad, remarcando la importancia de respetar su identidad, escuchándole y queriéndole para que pueda vivir plenamente su infancia.

Con el objetivo de asesorar a las familias, la pediatra Amaia Sagastibletza informó sobre los recursos existentes en Osasunbidea/Servicio Navarro de Salud para las personas que expresan una identidad de género diferente al sexo biológico asignado al nacer. Se refirió a UNATI (Unidad Navarra de Atención a transexuales e intersexos) y dio a conocer los procedimientos médicos y tratamientos con los que se cuenta actualmente en caso de persistencia de la transexualidad en la época de la adolescencia y en la edad adulta.

Edurne Koch, perteneciente a la asociación Chrysallis, expuso su experiencia familiar. Explicó el proceso de su hija y de cómo se realizó el tránsito social, señalando que había obtenido en todo momento reacciones de respeto. Pidió apoyo y acompañamiento por parte de la comunidad educativa, de los profesionales del ámbito de la Salud y del entorno social en general.



Comité organizador del XXVII Congreso OEE (Foto Adolfo Lacunza).

Género y Salud

En la segunda mesa redonda, se debatió sobre la relación entre género y salud. La doctora en Historia, Amaia Nausia, disertó sobre la salud desde el feminismo. Habló de la relación directa que ha existido, a lo largo de la Historia, entre mujer y Medicina, y la importancia que han tenido curanderas y parteras hasta el siglo XVI, que es cuando surgen las Universidades y la Medicina pasa a manos de los hombres. Desde el punto de vista de la mujer como paciente, tampoco parece que el camino haya sido mejor.

La médico de familia Irune Tubia mostró la influencia que puede ejercer, directa o indirectamente, el género de la persona y los roles sociales atribuidos al mismo en la aparición de diferentes patologías, así como en la evolución y respuesta al tratamiento. Se puede observar, tanto desde el punto de vista del género del paciente como del profesional que le atiende. Invitó a la reflexión sobre cómo puede repercutir el tener en cuenta la perspectiva de género cuando realizamos nuestra labor asistencial.

Ana Galarraga, divulgadora científica, habló sobre la importancia de aplicar la perspectiva de género a la investigación médica y expuso varios trabajos realizados. Recalcó que habitualmente las investigaciones en Medicina se han realizado fundamentalmente en hombres, siendo posteriormente extrapoladas a las mujeres, sin tener en cuenta las diferencias biológicas asociadas al sexo ni las desigualdades y roles sociales, por lo que el conocimiento que se genera puede ser erróneo y se contribuye a la invisibilización de las mujeres.

Diferentes vías para el bienestar

Ante la realidad de Salud conceptualizada como calidad de vida y bienestar, cuando la persona no se siente bien, recurre bien a la medicina convencional o a otras técnicas terapéuticas alternativas o complementarias. Para ampliar los conocimientos sobre ellas, se organizó una tercera mesa redonda describiendo diferentes vías para el bienestar.

El médico Markos Perez Abendaño hizo una exposición sobre la Terapia Neural, en qué consiste, forma de aplicarla para que influya sobre el sistema neurovegetativo e indicaciones de su utilización. Fernando Aranburu, profesor de Shiatsu, explicó en qué consiste esta técnica originaria de Japón, aplicada mediante la presión digital sobre distintos puntos del cuerpo, manipulaciones suaves y estiramientos, para conseguir la correcta canalización de la energía vital. Jexux Larretxea, asesor macrobiótico, aconsejó la utilización de la alimentación macrobiótica como herramienta para conseguir el equilibrio armónico de la persona o recuperar su salud. Habló de la importancia de evitar ciertos alimentos y de consumir alimentos autóctonos, de temporada, y la forma de combinarlos y cocinarlos. Recalcó la importancia de adecuar la alimentación a la edad, sexo, genética y estilo de vida, entre otras cosas.

Además, se realizaron talleres prácticos de Shiatsu y Mindfulness, impartidos por Fernando Aranburu y por Fer Gorostiza, instructora de Mindfulness del instituto Baraka, con gran éxito participativo.

Por último, con la actuación del músico Oskar Estanga, bertsolari e improvisador, quién consiguió un ambiente distendido y divertido, se dio por finalizado el Congreso.

Osasungoa Euskalduntzeko Erakundearen (OEE) XXVII Biltzarra

Iragan martxoaren 31an eta apirilaren 1ean XXVII Osasun biltzarra ospatu genuen Iruñean OEEk eta Nafarroako Unibertsitate Publikoak.

OEE osasun arloko profesional euskaldunok osatutako elkartea da eta helburu nagusia osasungintzan euskara bultzatzea du.

Azken biltzar honekin sei dira Nafarroan ospatutakoak eta edizio honetan hautatutako gaia ***Aniztasuna osasunean*** izan da. Gai interesgarria izateaz gain gaurkotasun handikoa dugu eta ongi islatzen du gaur egungo osasungintza.



Presentación de comunicaciones.

Egunerokoan lanean aurkitzen ditugun aniztasunak lantzeko 3 mahai-inguru antolatu genituen. 2 tailer praktiko egin genituen eta ahozko komunikazioak eta autoreek aurkeztutako posterrak ere izan ziren. Orotara 115 pertsona hurbildu ziren biltzarrera.

Sexu nortasunak: beste begirada bat izenburupean hasiera eman genion lehendabiziko mahai-inguruari. Lehenik Kattalinguneko sexologoa den Erika Salvatierrak hartu zuen hitza. Transexualitate egoeran dauden haurrak ulertu eta laguntzeko gakoak azaldu zituen. Bere nortasuna errespetatzeak duen garrantzia azpimarratu zuen, haurtzaroa osoki bizitzeko aukera emanaz, haurrak zainduz, entzunez eta maitatuz.

Amaia Sagastibeltza pediatrak hartu zuen hitza ondotik. Sortzetiko sexu biologikoaz aldentzen den genero nortasuna adierazten duten pertsonak, eta haien familiak, lagundu eta aholkatzeko Osasunbideak dituen baliabideak azaldu zituen. UNATI (Transexualen eta sexu artekoen nafarroako unitatea) aurkezteaz gain, nerabezaroan eta heldutasunean transexualitatea adierazten jarraitzen duten pertsonei eskaintzen zaizkien tratamendu eta prozedura medikoak azaldu zituen.

Azkenik, Edurne Koch Chrysallis elkarteko kideak bere familiaren esperientzia azaldu zuen. Bere alabaren prozesua kontatu zuen: nola burutu zuen gizartera iragatea, nola errespetuzko erreakzioak jaso zituen. Sostengua eta laguntza eskatu zuen hezkuntza komunitatean, osasungintzako profesionalen artean eta orokorrean gizartean.

Osasuna eta generoak

Ostiral arratsaldez bigarren mahai-inguruarekin eman genion segida biltzarrari. Generoa eta osasunari buruz elkarrizketa izan genuen. Amaia Nausia Historian doktorea Osasunaz mintzatu zen Feminismotik ikusita. Emakumearen eta medikuntzaren arteko erlazio zuzena egon izan da historian zehar. Osagile eta emaginak emakumeak ziren XVI. Mendean lehen unibertsitateak sortu eta medikuntza gizonen eskuetara pasa zen arte. Emakumea paziente gisa aztertuta ere ematen du ez duela ibilbide historiko hobea izan berak ere.

Irune Tubia familia medikuak azaldu zuen pertsona baten generoak eta genero honekin lotutako gizarte rolek zuzenki edo zeharka baldintzatzen dituztela eritasun ezberdinak agertzea eta baita hauen eboluzioa edo tratamenduarekiko erantzuna. Genero begiradak erpin guztitetatik eragiten digu gure eguneroko lanean. Bai pazientearen generoak eta baita profesionalona ere. Hausnarketarako atea ireki zuen genero begiradak gure eguneroko lanean izan dezakeen eragina aztertuz.

Ana Galarraga zientzia dibulgatzaileak generoaren araberako tratu ezberdina aztertu zuen ikerketa medikoaren alorrean. Ohikoa izan da ikerketak gizonekin egitea ondoren emaitzak emakumeei estrapolatzeko, sexuak



eragindako ezberdintasun biologikoak eta gizarte rolek eragindakoak kontutan hartu gabe. Horrek ikerketa hoietatik ondorioztatutako ezagutzak okerrak izateko aukera eragin eta emakumeen ikusezintasuna areagotzen du. Hainbat ikerketa ekarri zituen mahai gainera genero ikuspegiaren garrantzia ikusarazteko.

Ana Galarraga, Amaia Nusia, Irune Tubía y Malusa Barandiaran (moderadora), en la mesa redonda sobre Género y salud.

Ongizaterako bide ezberdinak

Larunbat goizari azken mahai-inguruarekin ekin genion. Ongizaterako bide ezberdinak izenburupean gaurkotasun handiko gaiaz aritu ginen .Osasuna bizi kalitate eta ongizatearekin lotzen dugu gaur egun eta pertsonak ongi sentitzen ez direnean medikuntza tradizionalaz gain beste teknika terapeutiko alternatibo edo osagarriak bilatzen dituzte. Haietako batzuen inguruan aritu ginen gehiago ezagutu nahiean.

Markos Perez Abendaño medikuak Terapia Neuralaren inguruko hitzaldia egin zuen. Zertan datzan, sistema neurobegetatiboan eragin dezan nola eman behar den eta zein indikazio dituen azaldu zuen.

Fernando Aranburu Shiatsu irakaslea teknika japoniar honen inguruan mintzatu zen. Gorputzeko zenbait puntutan eginiko hatzen presioaz, luzapenez eta manipulazio arinez bizi energiaren kanalizazioa bilatzen da teknika honekin.

Azkenik, Jexux Larretxea makrobiotika aholkulariak pertsonen oreka armonikoa lortzeko edo osasuna berreskuratzeko elikadura makrobiotikoa gomendatu zuen. Zenbait elikagai baztertzeaz mintzatu zen, bertako produktuak eta sasoikoak onetsiz. Hauen konbinazioak eta sukaldatzeko moduak duten garrantziaz ere aritu zen. Azkenik gogorarazi zuen adina, sexua, genetika eta bizi estilora egokitu behar dela elikadura.

Bi tailer praktiko ere egin genituen, partehartze arrakastatsua izan zutenak, Shiatsu eta Mindfulness, Fernando Aranburu eta Fer Gorostizak emanak. Gorostiza Baraka institutoko Mindfulness instruktorea dugu.

Azkenik Oskar Estanga musikari, bertsolari eta inprobisatzaileak umorez eta giro ezin goxoagoan amaiera bikaina eman zion biltzarrari.



Mesa redonda sobre Identidades sexuales con la participación de Erika Salvatierra, Maite Ayarra (moderadora), Edurne Koch y Amaia Sagastibeltza.

Pamplona Nephrology Update

Navarra es la comunidad autónoma con mayor número de pacientes en hemodiálisis domiciliaria

Reunión de nefrólogos de relevancia nacional e internacional en el Colegio de Médicos

Pamplona Nephrology Update reunió, el pasado 29 y 30 de junio en el Colegio de Médicos, a nefrólogos de reconocido prestigio nacional e internacional, que presentaron los avances más importantes en las enfermedades renales primarias, trasplante renal y diálisis.

El evento, organizado por nefrólogos del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y la Clínica Universidad de Navarra, unidos a través del Instituto de Investigación de Navarra (IDISNA) como entidad organizadora, sirvió para resaltar que "la Nefrología no es únicamente atención clínica directa a los pacientes, sino investigación y traslación de los conocimientos adquiridos en el laboratorio a la actuación clínica diaria, algo por lo que los nefrólogos de Navarra hemos apostado en los últimos años", subrayó el Comité Organizador de esta Reunión, avalada por las Sociedades Científicas Nacional (Sociedad Española de Nefrología) y Europea (European Dialysis and Transplantation Association).

Fruto de esta colaboración entre nefrólogos, y gracias al apoyo de los centros de investigación biomédica NavarraBiomed y el Centro de Investigación Médica Aplicada de la Universidad de Navarra, se han puesto en marcha proyectos como el Biobanco de Nefrología de Navarra.



Navarra destaca en hemodiálisis domiciliaria

■ TRINI DÍAZ

Alrededor de 6.000 navarros padecen algún grado de enfermedad renal crónica

Las enfermedades renales afectan a un 10% de la población en sus formas moderadas y a un 0,1% en sus formas más graves. Se estima que alrededor de 6.000 navarros padecen algún grado de enfermedad renal crónica, patología que sin tratamiento deriva en muchas ocasiones en la necesidad de diálisis.

En Navarra, hay en la actualidad 315 personas con enfermedad renal avanzada en programas crónicos de diálisis en el Complejo Hospitalario de Navarra, en la Clínica Universidad de Navarra y en el Hospital Reina Sofía de Tudela. Los problemas cardiovasculares y los derivados del metabolismo calcio-fósforo condicionan su salud. Pablo Ureña, nefrólogo del Hospital de Nancy en París, y Adriana Dusso, investigadora del Hospital General de Asturias, repasaron en la Reunión los aspectos más novedosos en la fisiopatología de la enfermedad metabólica y vascular, haciendo hincapié en el aspecto de la biología experimental.

Aunque la diálisis es un tratamiento hospitalario, también se puede realizar en el domicilio, tanto en su versión de diálisis peritoneal como de hemodiálisis.

En los últimos años, Navarra ha potenciado de manera muy importante esta modalidad y cuenta con la Unidad con mayor número de pacientes en programa de hemodiálisis domiciliaria en España, algo que se destacó en la Reunión y se compartió con ponentes de la talla del profesor Gregorio Obrador, experto miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional y Tecnología de México, quien aportó la visión de un colaborador de las guías de actuación en Nefrología a nivel mundial.

Trasplante renal, un ejemplo de colaboración entre profesionales



*Comité organizador de **Pamplona Nephrology Update** (de izquierda a derecha): Los doctores Jesús Arteaga, jefe del Servicio de Nefrología del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN); Carolina Purroy, nefróloga del CHN; Nuria García Fernández, nefróloga de la Clínica Universidad de Navarra (CUN); Fernanda Slon, nefróloga del CHN; Joaquín Manrique, nefrólogo del CHN y José María Mora, nefrólogo de la CUN.*

En la actualidad, Navarra se ha convertido en la tercera comunidad autónoma con mayor número de donantes por millón de habitantes y presenta un excelente ratio de supervivencia del trasplante renal en comparación con datos europeos.

El Comité organizador de la Reunión subrayó que "el trasplante renal es el más claro ejemplo de colaboración entre profesionales en Navarra, donde 531 personas conviven con un riñón trasplantado, y donde la transición entre unidades de diálisis y trasplante se hace de manera recíproca con exquisita profesionalidad, formando parte de un sistema de atención nefrológica integral", en el que participan el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y la Clínica Universidad de Navarra.

El mayor reto para los nefrólogos es modular el sistema inmune de los pacientes trasplantados, que está en equilibrio constante entre el rechazo y la defensa de las infecciones. Para abordarlo, la Reunión contó con Paolo Cravedi, investigador, nefrólogo y responsable del Laboratorio de Inmunología Renal del Hospital Monte Sinaí de Nueva York y Oriol Bestard, jefe de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital de Bellvitge en Barcelona.



Abrió la Reunión Paolo Cravedi, investigador, nefrólogo y responsable del Laboratorio de Inmunología Renal del Hospital Monte Sinaí de Nueva York.

Inmunología renal: discusión de casos reales

Una gran parte de las enfermedades renales tienen como base la inmunología renal. La Reunión contó con expertos en la materia como Andrew Bomback, nefrólogo de la prestigiosa Universidad de Columbia en Nueva York, Alberto Ortiz, jefe de Nefrología de la Fundación Jiménez Díaz y miembro de la Junta de la Sociedad Española de Nefrología, así como Enrique Morales y Eduardo Gutiérrez, nefrólogos del Hospital 12 de Octubre (Madrid). Todos ellos, junto a los ponentes locales, repasaron en profundidad los avances en los mecanismos de la enfermedad y los tratamientos más actuales en patologías glomerulares e inmunología renal, a la vez que discutieron casos reales con patólogos de prestigio.

LA RECETA DEL CHEF



Rodaballo a la plancha sobre salsa Romescu y almejas marinera

Os presentamos un plato mediterráneo y muy atractivo en celebraciones y eventos.

El rodaballo es bastante agradable al paladar, ya que al ser un poco gelatinoso hace que resulte muy jugoso. Acompañado con un poco de Romescu le da un toque más mediterráneo, además de aportar ciertos matices que van muy bien a este pescado.



Elaboración

La elaboración es muy fácil. Compraremos en nuestra pescadería de confianza un rodaballo y pediremos que nos lo preparen con los lomos sacados (así no necesitamos manipularlo en casa). Ponemos una sartén a calentar y cuando esté rusiente marcaremos el pescado por la parte de la piel. Cuando esté un poco dorado, lo sacamos y lo ponemos en una bandeja de horno con la carne hacia arriba. Lo meteremos al horno, previamente calentado a una temperatura de 1.70º, durante 10 minutos.

Una vez hecho, le añadimos un refrito de ajo y un poco de vinagre.

Salsa de Romescu

La receta de Romescu se puede hacer tranquilamente el día anterior. Ponemos 500 gramos de tomate pelado en una bandeja de horno con 50 gramos de almendra, 50 gramos de avellana, 2 dientes de ajo, 1 pimiento choricero, 15 cl. de aceite de oliva virgen extra, 7 cl. de vinagre, una pizca de orégano, sal y pimienta. Lo metemos al horno a 180º durante 75 minutos. Una vez pasado este tiempo, lo sacamos y lo trituramos bien. Si se necesita, añadimos un poco de agua.

Abrimos las almejas con un poco de ajo y aceite de oliva. Antes de abrirlas añadimos un poco de harina y, cuando el aceite chupe la harina, echamos un chorro de vino blanco y un poco de fumet.

Presentación

Para montar el plato podemos poner en el centro alguna patata panadera (opcional). Sobre ella, colocamos el rodaballo con la piel hacia abajo y al lado un quenelle de Romescu. En el lateral del plato colocamos tres almejas con el jugo del marinado.

Recomendamos acompañar con una copa de cava de Brut Barroco Freixenet.

¡Buen apetito!

QUERIDO COLEGIADO:

TUS CONGRESOS, TUS JORNADAS, TUS REUNIONES, *en tu colegio*

Congresos
COLEGIO de MÉDICOS

Ventajas:

- Tarifa especial para colegiados y sociedades científicas.
- Secretaría técnica y científica.
- Apoyo en difusión y acreditación de la actividad.
- Gabinete de prensa.



Salón La Pérgola con capacidad para 200 personas.



Colegio de Médicos, un lugar emblemático de Pamplona.



Salón de Congresos con capacidad para 300 personas.

20 años de experiencia organizando eventos profesionales y sanitarios

CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS
Avenida Baja Navarra, 47 - 31002 Pamplona
Teléfono 948 226 093 - Fax 948 226 528
www.elcolegiocongresosyrestaurante.com

Escanea el código QR para obtener más información

Inclusión en la carrera profesional de los médicos funcionarios de la Comunidad Foral ajenos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea



Ley Foral 7/2017, publicada en el Boletín Oficial de Navarra (BON) del 19 de mayo de 2017. Sus efectos económicos se retrotraen al 1 de enero de 2017.

• **Mariano Benac Urroz.**
Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Navarra.

La Ley Foral 11/1999, de 6 de abril, restringió el ámbito de aplicación de la carrera profesional del personal facultativo funcionario de la Administración Foral al personal adscrito al organismo autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Posteriormente, mediante la Ley Foral 31/2002, de 19 de noviembre, se incluyó en el sistema de carrera profesional a todo el personal facultativo sanitario del Departamento de Salud y de sus organismos autónomos.

Quedaron, por tanto, fuera de la regulación de la carrera profesional los médicos funcionarios con plaza en otras dependencias u organismos de la Administración Foral, como los Servicios de Prevención del Departamento de Educación y de la Administración Núcleo (Función Pública, Departamento de Presidencia), los del Departamento de Bienestar Social o Derechos Sociales y los del Instituto Navarro de Deporte y Juventud (Departamento Cultura, Deporte y Juventud).

Ha sido una reivindicación constante desde el año 1999 de los médicos afectados que se les incluyera en el sistema de carrera profesional, por cuanto entendían que se daba una situación discriminatoria pues, o realizaban iguales funciones de carácter sanitario asistencial (los del Departamento de Derechos Sociales y del Instituto de Deporte) que el personal del Servicio Navarro de Salud, o las mismas funciones de vigilancia y control de la salud del personal de los diferentes Departamentos (los de los Servicios de Prevención de Educación y Administración Núcleo) que los del Servicio de Prevención de Osasunbidea con los empleados del Servicio Navarro de Salud.

El Defensor del Pueblo de Navarra se pronunció en el año 2008 ante la reclamación efectuada por los médicos afectados, sugiriendo al Departamento de Presidencia que "*promoviera las medidas precisas para que a los puestos de trabajo de los tres Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, en cuanto tienen y tengan las mismas características, se les asigne las mismas retribuciones complementarias*".

Se refería el Defensor del Pueblo al complemento de carrera profesional.

En otras Comunidades Autónomas, por ejemplo Castilla y León, específicamente se reconoce a los médicos que prestan servicios en Departamentos ajenos al organismo gestor de la asistencia sanitaria pública la inclusión en el sistema de carrera profesional.

Una demanda expresada por los médicos y defendida por el Colegio en el Parlamento

Como consecuencia de la insistencia del grupo de los médicos afectados, a principios de 2016 se les convocó a una sesión en la Comisión de Salud del Parlamento Foral, a fin de que explicaran su pretensión; compareciendo en dicha Comisión de Salud dos médicos en representación de los afectados y la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos de Navarra.

En dicha sesión, que tuvo lugar el 9 de febrero de 2016, todos los grupos políticos coincidieron en que se venía arrastrando una situación



de discriminación desde 1999 para con este grupo de médicos, a la que había que poner fin. Y la Comisión del Parlamento acordó cursar las instrucciones oportunas al Departamento de Presidencia (Función Pública) para que elaborara un borrador de modificación del ámbito de aplicación de la referida Ley Foral 11/1999, de forma que el sistema de carrera profesional acogiera a los facultativos de que se trata.

Se dejó constancia de que no se llegó a tiempo de incluir la correspondiente consignación presupuestaria para afrontar su pago en los presupuestos de 2016, como sí se hizo con la carrera profesional de las enfermeras igualmente afectadas, pero en todo caso se acordó comenzar con la modificación del ámbito de aplicación de la Ley 11/1999 de manera paralela y simultánea a la del personal de enfermería.

Desde entonces, la Asesoría Jurídica del Colegio de Médicos ha realizado numerosas gestiones con la Dirección General de Función Pública del Gobierno de Navarra para conocer la tramitación del Proyecto de Ley Foral aplicable al personal facultativo, y colaborar con dicha Dirección General en el estudio y redacción del borrador del texto legal.

En noviembre de 2016, el Presidente del Colegio de Médicos remitió un correo a todos los grupos parlamentarios en apoyo de la comunicación enviada por el grupo de médicos afectados, al efecto de intentar que por vía de enmiendas al Proyecto de Ley de Presupuestos de la Comunidad Foral de Navarra para 2017 se consignara la correspondiente partida presupuestaria que contemplara el pago del complemento de carrera profesional para los médicos afectados. También se solicitaba a los grupos parlamentarios que se emendara la Proposición de Ley Foral del Personal Diplomado Sanitario excluido del Servicio Navarro de Salud y sus organismos autónomos, que iba a tratarse por el sistema de lectura única por el Pleno de la Cámara el 15 de diciembre de 2016, a fin de que incluyera en su ámbito de aplicación al personal facultativo y, especialmente, a los médicos afectados.

Finalmente, se aprobó la carrera profesional del personal de enfermería ajeno al Servicio Navarro de Salud mediante la Ley Foral 23/2016 de 21 de diciembre, que publicó el Boletín Oficial de Navarra de 31 de diciembre de 2016, sin incluir al personal facultativo.

En enero de 2017 el grupo parlamentario Unión del Pueblo Navarro presentó para su tramitación en el Parlamento, la Proposición de Ley Foral por la que se amplía el ámbito de aplicación del sistema de carrera profesional a otro personal sanitario no adscrito al Departamento de Salud y sus organismos autónomos (se publicó en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra de 12 de enero de 2017).

La Asesoría Jurídica del Colegio colaboró con los médicos afectados y con la Dirección General de Función Pública para la redacción definitiva de la señalada Proposición de Ley Foral, cuyo texto, con varias de las correcciones sugeridas, fue tramitado por la Comisión de Presidencia, Función Pública y Justicia del Parlamento Foral, aprobándose por el Pleno en sesión celebrada el pasado 27 de abril, con la unanimidad de todos los grupos parlamentarios: Ley Foral 7/2017, de 9 de mayo, por la que se amplía el ámbito de aplicación del sistema de carrera profesional a otro personal sanitario no adscrito al Departamento de Salud y sus organismos autónomos (Boletín Oficial de Navarra de 19 de mayo de 2017).

Sus efectos económicos se retrotraen al 1 de enero de 2017, en cuya fecha tendrá efecto el encuadramiento inicial; y se estructura en cuatro niveles retribuidos (complemento de carrera profesional) de igual manera y con los mismos importes que el sistema de carrera profesional aplicable al personal facultativo del Servicio Navarro de Salud; e idéntica regulación también en lo relativo a los ascensos de nivel.

SEGÚN CÓMO SE MIRE



• **BEGOÑA BERMEJO FRAILE.**
Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

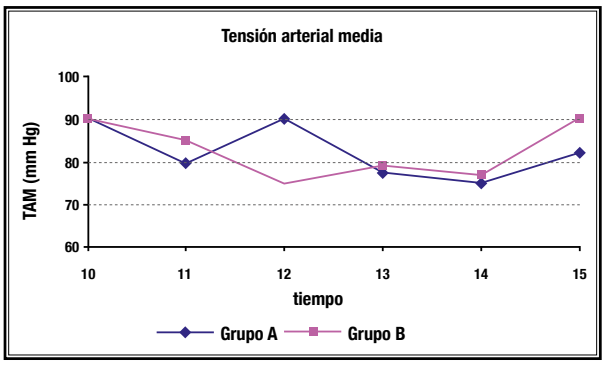
Repetir es persuadir con más detalle (Duque de Levis).

En este artículo quiero mostrar las muy diversas maneras en las que se pueden analizar unos datos dependiendo siempre de los objetivos del estudio, objetivos que hay que tener muy claros desde el principio.

Imaginemos que queremos comparar el efecto de dos fármacos sobre la tensión arterial media (TAM) durante la anestesia. A los fármacos los vamos a llamar A y B. Tenemos 36 pacientes en cada grupo y la tensión arterial media ha sido medida en 6 momentos diferentes ($t_0 \ldots t_5$). En la gráfica vemos cómo se comportan estos dos fármacos. Los datos son inventados con el único objetivo de jugar un poquito con los números.

En este caso concreto, la gráfica es la forma más clara y evocadora de presentar los resultados. Si lo hiciéramos en el texto, aportaríamos demasiados números que dificultarían enormemente la lectura, y si lo hiciéramos mediante una tabla, no seríamos capaces de ver tan rápidamente con qué fármaco la tensión arterial es más alta y en qué momentos concretos hay subidas o bajadas de la tensión arterial.

Ante estos datos nos podríamos plantear varias preguntas, y a cada una de ellas le correspondería una prueba estadística diferente. Por un lado tenemos medidas repetidas, datos apareados, los mismos individuos son medidos en varias ocasiones, y por otro lado tenemos muestras independientes, que son los dos grupos, los dos anestésicos en comparación.



Cuando comparamos medias de muestras independientes queremos saber si las medias son distintas entre sí, o dicho de otro modo, si la diferencia de medias es distinta de cero. Con los datos apareados, en cambio, lo que buscamos es si ha habido un cambio significativo, si la media de las diferencias (no la diferencia de las medias) es distinta de cero. Parece un trabalenguas, pero sólo hay que pensarlo un poco, lo suficiente para saber si se trata de muestras independientes o datos apareados, porque el resultado del análisis estadístico puede ser claramente distinto. Lo mejor es verlo con un ejemplo. En la tabla vemos que si los datos corresponden a dos muestras independientes, grupo A y grupo B, la diferencia de medias de 5 puntos (55 vs 50) no resulta estadísticamente significativa (porque la variable es muy variable, ambas distribuciones se solapan), en cambio, si los datos son apareados, los mismos individuos medidos en dos ocasiones (Toma 1 y Toma 2), la media de las diferencias (también de 5 puntos) sí resulta estadísticamente significativa ($p = 0{,}001$), y esto es así porque todos los individuos, aunque cambian poco, lo hacen en el mismo sentido (tabla).

Dicho esto, quizás la primera pregunta que nos planteamos es: ¿producen estos anestésicos un cambio en la tensión arterial? Parece que sí, y para dar respuesta a esta pregunta está el análisis de la varianza (ANOVA) para medidas repetidas. Análisis de la varianza porque se comparan más de dos medias, y medidas repetidas porque son datos apareados. Si la respuesta es que se produce un cambio estadísticamente significativo, sólo nos está diciendo que al menos entre dos de las mediciones se ha producido un cambio. Observando

Paciente	Grupo A	Grupo B	Dif. T_2-T_1
	Toma 1	Toma 2	
1	10	11	+1
2	20	22	+2
3	30	33	+3
4	40	44	+4
5	50	55	+5
6	60	66	+6
7	70	77	+7
8	80	88	+8
9	90	99	+9
	Media = 50 DE = 27,3	Media = 55 DE = 30,1	Media = 5 DE = 2,7
	p = 0,717		p = 0,001

Repetir, repetir, repetir. La acción en el teatro está hecha para ser repetida, no para alcanzar un objetivo y proseguir más allá. Repetir significa resistir, oponer resistencia al espíritu del tiempo, a sus promesas y amenazas. Sólo después de haber sido repetida y fijada, una partitura puede comenzar a vivir.
(Eugenio Barba)

el gráfico, y para ambos fármacos, entre los momentos 3 y 4 no parece que haya grandes diferencias, pero entre los momentos 1 y 2, sí, y en sentido contrario para cada grupo. Podríamos comparar, dentro de cada grupo, las mediciones dos a dos, y el test estadístico sería t de student para datos apareados. Cuando se hacen comparaciones múltiples, sólo por azar algunas de ellas pueden resultar estadísticamente significativas (la estadística y el azar siempre van de la mano), por lo que hay que hacer una corrección en el nivel de significación (quizás os suene la corrección de Bonferroni), se exige una p más pequeña para decir que las diferencias son estadísticamente significativas.

Otra pregunta que nos podemos plantear es si los cambios son distintos en uno y otro grupo, y esta pregunta también responde el ANOVA para medidas repetidas.

También podríamos cuestionarnos si hay diferencias entre los grupos 1 y 2 en cada uno de los momentos concretos. Aquí, el análisis estadístico pertinente sería t de student para muestras independientes (t de student porque es comparación de dos medias, y muestras independientes porque son dos grupos distintos, cada uno con su fármaco). Resultan estadísticamente significativas las diferencias en los momentos 1, 2, 4 y 5, aunque viendo los datos, parece que una diferencia clínicamente relevante sólo se da en el momento 2.

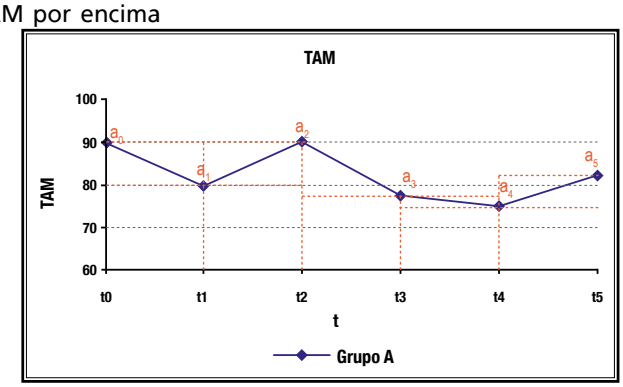
También podríamos querer saber cuántos pacientes, en cada momento concreto, tienen la TAM por encima de unos valores que se consideran normales. Estaríamos convirtiendo una variable cuantitativa (TAM) en una variable categórica. Para comparar en cada momento el número de hipertensos en un grupo y otro, utilizaríamos la prueba de la Ji al cuadrado.

Por último, o al menos a mí de momento no se me ocurren más preguntas, nos podríamos cuestionar globalmente con qué fármaco la tensión arterial está más alta. A simple vista no podemos responder a esta pregunta, porque hay momentos en los que es más alta en el grupo A y momentos en los que es más alta en el grupo B. Una solución podría ser calcular el área bajo cada una de las curvas, y compararlas después mediante una t de student (porque son muestras independientes).

Para el cálculo del área, dividimos toda el área en rectángulos y triángulos como en la gráfica. Probablemente no sea necesario recordarlo, pero el área de un rectángulo es base por altura y el área de un triángulo, base por altura partido por 2. Si a cada medición de la tensión arterial media la llamamos "a" con un subíndice que indica el momento de la determinación, el área bajo la curva con el fármaco A sería la siguiente:

$$(t_1 - t_o)*a_o + (t_1 - t_o)*(a_1-a_o)/2 + (t_2 - t_1)*a_1 + (t_2 - t_1)*(a_2-a_1)/2 + (t_3 - t_2)*a_2 + (t_3 - t_2)*(a_3-a_2)/2 + (t_4 - t_3)*a_3 + (t_4 - t_3)*(a_4-a_3)/2 + (t_5 - t_4)*a_4 + (t_5 - t_4)*(a_5-a_4)/2$$

Cuando la tensión arterial sube, el área del triángulo es positiva y suma, pero cuando la tensión arterial baja, el área del triángulo es negativa y resta.



Esto no ha sido un intento de impresionar con una gran variedad de pruebas estadísticas, ni pretendo decir que ante un estudio como el del ejemplo haya que hacer todos los análisis que he comentado. Sólo hay que hacer aquéllos que respondan a la pregunta de investigación, aquellas que tengan un sentido clínico. Si las demás preguntas ayudan a responder, perfecto, pero analizar por analizar, no, porque a estas alturas ya sabemos que los datos se pueden estrangular hasta que confiesen, y lo que es peor, podemos terminar con unos resultados cuya explicación se nos escapa.

Correspondencia:

Begoña Bermejo Fraile.
Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina
E-mail:
bbermejo_amim@hotmail.com

Jorge III
rey de Gran Bretaña
(Iª parte)

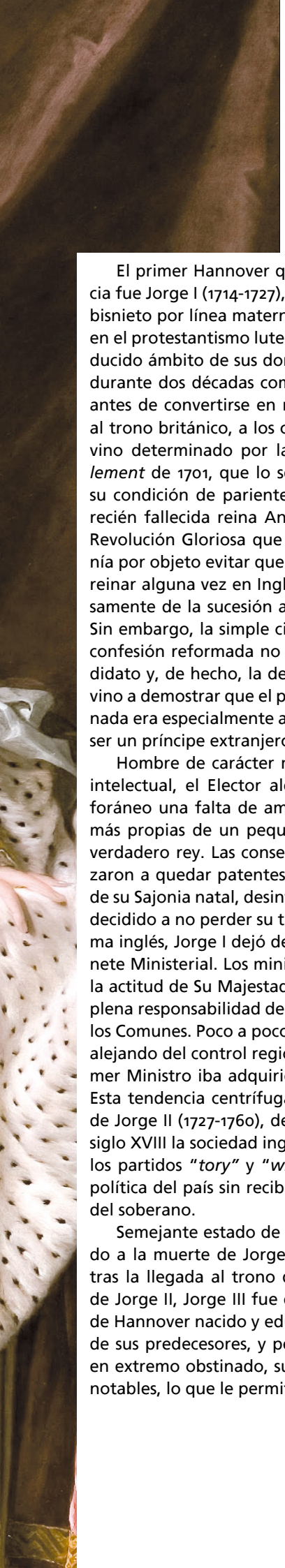
• JESÚS REPÁRAZ PADRÓS



"Me siento muy enfermo, mucho más débil de lo que fui, y ruego a Dios que me haga morir pronto o que, al menos, me conserve la cordura"

(Jorge III de Hannover)

El concepto moderno de monarquía parlamentaria tuvo su origen en la Gran Bretaña a finales del siglo XVII con la publicación del *Bill of Rights* (1689) y el posterior advenimiento al trono inglés de la dinastía de Hannover. Hasta entonces, y pese a la breve ruptura representada por el quinquenio republicano de Oliver Cromwell (1653-1658), el modelo tradicional de absolutismo regio había imperado en Inglaterra durante siglos sin experimentar apenas modificaciones. No obstante, a raíz de la caída de los Estuardo y con la llegada de los Hannover la situación iba a cambiar de un modo radical, no tanto por el talante democrático de los monarcas de la nueva Casa reinante, sino debido más bien a su desinterés por las cuestiones de Estado y, sobre todo, merced a la aparición en la escena política británica de figuras de la talla de Robert Walpole y William Pitt.



El primer Hannover que reinó sobre Inglaterra y Escocia fue Jorge I (1714-1727), duque de Brunswick-Lüneburg y bisnieto por línea materna de Jacobo I Estuardo. Educado en el protestantismo luterano y sin abandonar jamás el reducido ámbito de sus dominios territoriales, Jorge ejerció durante dos décadas como príncipe Elector de Hannover antes de convertirse en rey de Gran Bretaña. Su ascenso al trono británico, a los cincuenta y cuatro años de edad, vino determinado por las disposiciones del *Act of Settlement* de 1701, que lo señalaban como rey en virtud de su condición de pariente no católico más próximo de la recién fallecida reina Ana. Aquella ley, aprobada tras la Revolución Gloriosa que derrocó a Jacobo II en 1689, tenía por objeto evitar que un monarca "papista" volviese a reinar alguna vez en Inglaterra, y para ello excluía expresamente de la sucesión a todo posible heredero católico. Sin embargo, la simple circunstancia de pertenecer a una confesión reformada no aseguraba la idoneidad del candidato y, de hecho, la designación de Jorge de Hannover vino a demostrar que el peligro de una elección desafortunada era especialmente alto cuando el heredero resultaba ser un príncipe extranjero.

Hombre de carácter mezquino y de escasa formación intelectual, el Elector alemán añadía a su condición de foráneo una falta de ambición y una estrechez de miras más propias de un pequeño aristócrata rural que de un verdadero rey. Las consecuencias de su ineptitud comenzaron a quedar patentes cuando, sumido en la añoranza de su Sajonia natal, desinteresado de la política británica y decidido a no perder su tiempo en el aprendizaje del idioma inglés, Jorge I dejó de acudir a las reuniones del Gabinete Ministerial. Los ministros, un tanto sorprendidos por la actitud de Su Majestad, se vieron obligados a asumir la plena responsabilidad de sus decisiones ante la Cámara de los Comunes. Poco a poco, la actividad del ejecutivo se fue alejando del control regio, al tiempo que la figura del Primer Ministro iba adquiriendo una importancia creciente. Esta tendencia centrífuga se acentuó durante el reinado de Jorge II (1727-1760), de manera que para mediados del siglo XVIII la sociedad inglesa se había habituado ya a que los partidos "*tory*" y "*whig*" disputaran por la dirección política del país sin recibir apenas interferencias de parte del soberano.

Semejante estado de cosas, aparentemente consolidado a la muerte de Jorge II, sufriría una brusca regresión tras la llegada al trono del rey Jorge III. Nieto y sucesor de Jorge II, Jorge III fue el primer monarca de la dinastía de Hannover nacido y educado en Inglaterra. A diferencia de sus predecesores, y pese a poseer un carácter difícil y en extremo obstinado, sus aptitudes para el estudio eran notables, lo que le permitió adquirir una sólida formación

"Tuvo con Sofía Carlota quince hijos, una cifra no igualada por ningún otro monarca inglés"

tanto en ciencias como en humanidades e idiomas. Su padre -el príncipe Federico de Hannover, muerto en 1751- era un ferviente defensor de los principios clásicos del absolutismo, y fue él quien se encargó de la instrucción política del muchacho. Fruto de esa educación y de su propio temperamento, el joven Jorge creció en la convicción de que "*un rey patriota debe reinar y gobernar sin depender en ningún caso de la voluntad de sus ministros ni del Parlamento*", y sobre esa norma irrenunciable se manifestó dispuesto a cimentar su futura labor al frente de la nación.

Jorge III accedió al trono en el año 1760. Poco antes de su coronación había contraído matrimonio con la princesa Sofía Carlota de Mecklenburgo-Strelitz, una mujer anodina y de escaso atractivo personal a la que –en oposición a las costumbres de la época– permanecería fiel durante toda su vida. Contrariamente a lo que había sido público en sus dos antecesores inmediatos –mujeriegos empedernidos ambos–, a Jorge III no se le conoció jamás una sola amante. En contrapartida, esa fidelidad se vio a menudo empañada por los celos. En su afán por conservar a su esposa alejada de las influencias exteriores, el rey impuso desde su llegada a palacio un estricto protocolo y un régimen de vida escrupulosamente ordenado, lo que hizo de la Corte británica una de las más severas de Europa. Jorge III tuvo con Sofía Carlota quince hijos, una cifra no igualada por ningún otro monarca inglés; todos ellos recibieron una educación esmerada, aunque basada en la disciplina, la intimidación y el castigo, dado que el carácter autoritario del rey no permitía la más mínima relajación en cuestiones de etiqueta ni siquiera a sus familiares más próximos. Quizá por ello, varios de los hijos de aquel matrimonio fueron más tarde personajes ariscos, disolutos y extravagantes que mantuvieron una turbulenta relación con sus progenitores.

De su abuelo y predecesor, Jorge III heredó –además de la corona– una guerra contra Francia por el dominio de los territorios ultramarinos de América. La contienda, conocida como Guerra de los Siete Años, concluyó con derrota francesa en 1763 y dejó a Inglaterra convertida en el mayor imperio colonial del mundo. Nunca hasta entonces había disfrutado la nación británica de tanto poder, y sin embargo fue a partir de ese momento cuando comenzaron



Rendición del General Burgoyne tras la batalla de Saratoga, por John Trumbull, 1822

las verdaderas dificultades para su rey. Los primeros problemas surgieron precisamente en las colonias americanas que habían sido escenario de la guerra recién terminada. Los habitantes de esas colonias –descendientes de los disidentes religiosos que abandonaron Inglaterra a principios del siglo XVII huyendo del régimen absolutista de Jacobo I– nunca habían llegado a confiar plenamente en las autoridades de la metrópoli. Razones para ello no les faltaban, puesto que Gran Bretaña siempre había considerado aquellos territorios como un simple objeto de explotación económica. Así, todavía en tiempos de los Hannover, la rígida normativa comercial que desde un principio habían impuesto los británicos en América continuaba asfixiando la economía colonial. Esta situación, ya tensa de por sí, se deterioró peligrosamente a raíz de ciertas medidas fiscales que, con su proverbial tozudez, Jorge III trató de aplicar a partir de 1765. Según el rey, tales medidas eran necesarias para sufragar el mantenimiento de una fuerza armada permanente capaz de defender a las colonias de los posibles ataques de los indios nativos; tal vez fuera así, pero los americanos, a quienes se les había negado reiteradamente el derecho de poseer representación parlamentaria en Londres, consideraron ilegítima cualquier tasa que el monarca inglés quisiera imponerles. Jorge III reaccionó colérica y despectivamente ante las protestas que le llegaban del otro lado del Atlántico, y fue su actitud soberbia y desconsiderada la gota que colmó el vaso de la paciencia de los colonos.

"Jorge III reaccionó colérica y despectivamente ante las protestas que le llegaban del otro lado del Atlántico, y fue su actitud soberbia y desconsiderada la gota que colmó el vaso de la paciencia de los colonos"

Estas fueron, a grandes rasgos, las circunstancias que estuvieron en el origen de la Guerra de Independencia de Norteamérica. Aunque tras los primeros conatos serios de resistencia fiscal por parte americana Jorge III optó por retirar la mayoría de los gravámenes y mantener únicamente la tasa del té, no consiguió con ello aplacar los ánimos de los colonos. Lo que no aceptaban éstos era la legitimidad misma del impuesto, y decidieron llevar su oposición hasta las últimas consecuencias. Así pues, del simple enfrentamiento dialéctico se pasó a la guerra abierta en



Batalla de Yorktown

1775, poco después de que Inglaterra sancionara a la ciudad de Boston por arrojar al mar un cargamento de té propiedad de la Compañía Británica de las Indias Orientales. La vanidad y la intransigencia de Jorge III –convencido de la presunta superioridad del ejército británico sobre lo que él consideraba una simple tropa de granjeros y campesinos– no le permitieron percatarse de los verdaderos peligros que entrañaba la revolución. Esta torpeza del monarca, sumada al fogoso espíritu de independencia que animaba a los rebeldes y, sobre todo, al importante apoyo naval recibido por éstos desde Francia, hizo que la contienda fuera inclinándose poco a poco del lado colonial. En 1777, tras el doloroso revés encajado por los ingleses en la batalla de Saratoga, el gobierno y el Parlamento trataron de persuadir al rey Jorge de la necesidad de poner fin a la guerra cuanto antes; sin embargo, ello habría significado el reconocimiento formal de la independencia de las colonias, algo a lo que el soberano inglés todavía no estaba dispuesto. El conflicto, pues, siguió su curso, hasta que, en 1781, las catastróficas derrotas de Chesapeake y Yorktown provocaron la dimisión del Primer Ministro North. La renuncia de North –un hombre de paja del rey– fue la prueba irrefutable del completo fracaso del gobierno personalista de Jorge III. Poco después, el Parlamento votó el fin de la guerra, y a finales de 1782 se iniciaron las negociaciones para la firma del armisticio.

El descalabro sufrido en América fue un duro golpe para el prestigio de Jorge III, tanto dentro como fuera de Gran Bretaña. Durante los meses que siguieron a la capitulación, el Parlamento y el rey mantuvieron una enconada disputa por el control gubernamental. Tras diversas alternativas, el enfrentamiento terminó en Diciembre de 1783 con la disolución de la Cámara y la elección de un nuevo Primer Ministro en la persona de William Pitt. La designación de Pitt significó, además de una gran victoria política para Jorge III, un punto de inflexión decisivo en su reinado. A partir de 1784, el joven Pitt (cuyo padre

"El descalabro sufrido en América fue un duro golpe para el prestigio de Jorge III, tanto dentro como fuera de Gran Bretaña. Durante los meses que siguieron a la capitulación, el Parlamento y el rey mantuvieron una enconada disputa por el control gubernamental"

ya había desempeñado el cargo de Primer Ministro entre 1766 y 1768) puso en marcha un brillante programa de "*Paz, Reformas y Desarrollo Económico*" que en unos pocos años restituyó el crédito al gobierno y devolvió al rey la popularidad perdida con la guerra. Bajo la hábil dirección de Pitt, Inglaterra parecía caminar de nuevo por la senda de la recuperación cuando, de pronto, en el verano de 1788, Jorge III comenzó a dar muestras de un grave trastorno mental. Ya en 1765 había sufrido un breve episodio de desequilibrio psíquico, pero el de 1788 lo superó con creces en gravedad y duración. El Parlamento, alarmado ante la perspectiva de que un rey loco pudiera quedar al frente del Estado, se reunió con objeto de preparar una regencia. Mientras un sentimiento de inquietud recorría toda Gran Bretaña, en Francia, los vientos de la Revolución soplaban ya furiosos anunciando la inminente caída de la monarquía borbónica y el comienzo de una nueva etapa en la Historia de Europa (...)

El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que el hombre aún podía morirse de lo que quería

(Stanislaw Jerzy Lec. Escritor polaco. 1909-1966)

• IÑAKI SANTIAGO

La mano es un instrumento óseo-carnoso localizado en la zona distal de cada extremidad superior del ser humano y algunos primates, compuesto mayormente por un conjunto de cinco formas con apariencia de tentáculos articulados, excepción hecha de algún que otro carpintero violentado por la famosa tupi, y que podemos mover a nuestra libre voluntad, excepción hecha de parkinsonianos, coreicos y otros afectos de patologías tipo baile de San Vito. El humano, a diferencia del resto de primates, cuenta con la inestimable ventaja de poder oponer el pulgar, permitiendo gestos tan sutiles y sublimes como la pinza, auténtica base del importante desarrollo de esta nuestra raza, frente al resto de bichos que habitan el planeta Tierra.

¿A qué viene esto? Bueno, no pretende ser sino una pequeña ayuda a las generaciones de jóvenes y adolescentes, aunque bien podríamos incluir a algunos rozando e incluso inmersos en la tercera edad, que no conocen otra cosa que ir continua e indefectiblemente agarrados día y me atrevería a afirmar que algunos y noche, a ese maldito invento llamado móvil, aifón o esmarfón. Igual da que da lo mismo. Ahí los tienes, todo el día dale que te pego a los pulgares, como si la vida les fuese en ello. Los dedos "no pulgares" los utilizan exclusivamente para sujetar el dichoso aparatito. Solo usan la capacidad de oponer los pulgares para volar materialmente por el teclado virtual a fin de intercomunicarse. ¡Qué pena! Si es que vamos a acabar evolucionando hasta tener como manos unas auténticas manoplas con pulgares del tamaño de un pepino.

Por favor, que alguien les diga a estos tecnodependientes que los dedos también pueden ser usados para manuscribir, bien cartas de amor, solicitudes de ayuda o reclamaciones a la compañía telefónica de turno. Para los de la LOGSE apuntaré que manuscribir deriva de escribir con la mano y que se consigue sujetando un lapicero, utensilio generalmente de madera con un cilindro en su interior, generalmente de grafito, que, si rozamos contra un papel o similar, es capaz de generar unos signos que se llaman letras y que, unidas de forma lógica, forman palabras que a su vez forman frases que podemos leer, para así recibir un mensaje "no virtual".

Así es cómo el noble oficio de cartero se está yendo a la mierda, si no lo ha hecho ya.

Y es que, parafraseando de nuevo a "La Verbena de la Paloma", hoy las tecnologías adelantan que es una barbaridad. ¡Pardiez, si es que no da tiempo a ponerse al día! Cuando consigues medio entender un aparato, ¡hala!, ahí te aparece el de nueva generación, con nuevas prestaciones. ¿Prestaciones? ¡Problemas! ¡Pero si un mando a distancia de la tele tiene más botones que la sotana de un seminarista! ¡Si no sabemos utilizar ni la cuarta parte!

Y no pensemos que las tecnologías se acaban en la vida de la calle, no. Han llegado a nuestra profesión médica como auténticas turbas de hunos comandadas por Atila "El tecnócrata". Si es que no nos da tiempo a ponernos profesionalmente al día. Bueno, a nosotros, porque a muchos pacientes sí: que si "hágame una resonancia", que si "me han hecho una ablación por radiofrecuencia", que si "seguro que lo que necesito es una artroscopia", etc. ¡Qué cruz! Eso sí, les falta añadir: "que lo he leído en guguel".

Ya lo decía aquella gitanica que acompañaba a su marido, fumador desmesurado y bronquítico inveterado, que se quejaba de que "aaaay dotoooor, que cuando tueeeso me falta el isóóóógeno":

– ¡Aaaaay dotoooooor, que mi Paco está muuuu maliiiicooo, que hasta lo haimos llevaaau a un mídico de paga mu güeeeeno, que en el mismo momeeeento lizo praaacas, analiiiiises y que tiene muchiiismas máquinas y ni por esas s'ha curaaaaoooo".

Y estoy casi convencido de que el Paaaaco y su siñoooora espooosa no eran muy asiduos de Google y, apurando en mi intuición y sin miedo a equivocarme, me da que tampoco eran muy amigos de manuscribir.

Cualquier paciente te viene ahora contando lo que han leído en internet (o lo que creen haber leído) o te hablan con palabros técnicos que han escuchado a algún médico (o creen haberlos oído) y se dan aires de avezados tecnólogos:

– Es que sabe doctor, me hicieron una ligoscopia y me vieron rasmazos en el esófago.



O como decía aquel otro, levantando la barbilla y dándoselas de enteradillo:

– Sí, doctor, ya he leído en el prospeto que este medicamento puede tener contradicciones.

En fin, como dice un amigo mío: "No, si al final acabaremos inventando la rueda".

¡¿QUÉ ME DICES?!

Urgencias. Sala de reanimación. Aquel pobre abuelo nonagenario se mantenía incomprensiblemente vivo, posiblemente gracias a una especie de respiración por branquias que aún lo conservaba en este mundo y que nadie se explicaba. Cuarenta respiraciones por minuto, sudoroso, hipotenso y con una palidez solo rota por unos azulados trazos que destacaban en sus labios y dedos. El infortunado paciente, transmitiendo una agónica sensación de hambre de aire y con la mirada desorbitada, pedía ayuda a gritos (es un decir, ¡que más hubiera querido él!) Así es que el equipo sanitario se puso presto manos a la obra: que si oxígeno por aquí, que si diuréticos por allá, que si morfina por acullá. Pim pam pum y en unos minutos la situación había cambiado por completo. De forma positiva. Aquel pobre hombre comenzó a tranquilizarse ante la sensación de que el aire ya no rehuía sus pulmones.

Llegados a este punto, el médico solicitó una radiografía torácica a fin de valorar la situación y a los pocos minutos apareció en reanimación un aparato de radiología portátil de última generación flanqueado cual tesoro por un celador y un técnico de radiología. Solo faltaba un pasillo de fornidos trompeteros en formación anunciando la llegada del fastuoso aparato a golpe de fanfarria. La propia Marie Curie habría rabiado de envidia ante aquel soberbio aparato.

El caso es que, por muy moderno que fuera aquel excelente mecanismo, la práctica de la radiografía no eximía de la engorrosa obligación de colocar una placa detrás de la espalda del paciente. Así es que, ni corto, ni perezoso, el celador cogió la placa metálica en cuestión y acercándose al paciente e incorporándolo levemente, le dijo con cariño y sin ningún tipo de malicia:

– Tranquilo, que le voy a meter una cosica dura por detrás.

– ¡¡¡¿Eeeeeh?!!!

Aquella fue la escueta y angustiosa respuesta del paciente a semejante proposición, mientras abría los ojos como platos en un intento por defender su amenazada honra caudal, ante las inevitables risitas del personal sanitario y la expresión anonadada del celador que, ante la confusión que le rodeó, se despachó con un displicente:

– ¿Pero, qué pasa? ¿He dicho algo gracioso o qué?

EL NUEVO FICHAJE

Madrid. Agosto. Mediodía, bajo un sol de justicia. Aquel técnico regresaba tranquilamente a la base con su ambulancia, cuando observó un tumulto de gente en una acera, mientras un alterado transeúnte hacía ostensibles gestos hacia él solicitándole que se acercara. Así es que paró el vehículo y se aproximó al grupo de gente, arremolinada alrededor de un pobre hombre que yacía inconsciente en el frío suelo (adorno literario ante un suelo que en Madrid, en pleno agosto, suele permitir freír huevos directamente).

El sanitario preguntó por lo ocurrido. Como es habitual, recibió unas quince versiones de lo ocurrido, todas a la vez y, por supuesto, diferentes, y sin amedrentarse, se arrodilló ante la víctima comprobando que se encontraba en parada cardio-respiratoria, lo cual le hizo reaccionar automáticamente, comenzando con las maniobras de reanimación aprendidas en diferentes cursos de formación. Marcó el 112, puso el manos libres y solicitó ayuda, mientras iniciaba un contundente masaje cardíaco.

– ¡Mira, que soy Pepe, de la ambulancia Z-405! ¡Que estoy en la calle Percebe con un varón de unos 50 años en parada¡ ¡¡Mandad ayuda que estoy solo!!

– «¡Vale!» –le contestaron desde el centro de coordinación– «Además, tenemos un Lucas que se puede estrenar hoy, ¡que dicen que es muy bueno dando masaje!».

Apuntar que "el Lucas" es la denominación coloquial de un aparato mecánico que realiza compresiones torácicas mediante un émbolo, permitiendo que el reanimador pueda aplicarse a otros menesteres durante la atención. Su aparición en la emergencia se remonta hoy a unos pocos años atrás.

El tema es que aproximadamente a los diez minutos y mientras el sudor caía a chorros por todo el cuerpo del aguerrido Pepe, apareció por la zona una ambulancia con dos compañeros suyos que se acercaron para ayudar. Y sin dejarles ni abrir la boca y visiblemente sofocado y agotado les inquirió:

– ¡¡¿Quién coño de vosotros es el famoso Lucas?!! ¡¡Venga, que me sustituya ahora mismo, que no puedo más!!

¡Angelicos!

Un hombre afortunado



por
Dra. Mª Pilar Arroyo.
Médica de Familia.
CS HUARTE.
Grupo Comunicación y Entrevista Clínica de Navarra.

El pasado 4 de enero falleció, a los 90 años, John Berger (1926-2017), autor de libros, obras de teatro y otras obras de arte en dibujo y escultura..., ninguna manifestación artística ha escapado a su talento. Hablar de todo ello supera mis posibilidades, pero el eco que su libro "Un hombre afortunado" dejó en mí y en otros muchos compañeros me parece que hace interesante traer aquí su persona y, sobre todo, su texto, considerado revolucionario tanto como innovación literaria como en su forma.

En 1967 John Berger y el fotógrafo Jean Mohr acompañaron a John Sassall, un médico rural inglés, durante su trabajo. La obra narra historias de éste con sus pacientesy nos acerca progresivamente al hombre, que trabaja como médico. Es una meditación sobre el verdadero rostro de la medicina, especial en el mundo rural. "Habla de conciencia y responsabilidad", opinaba Susan Sontag.

Una frase reciente de un científico (Dr Manuel Esteller. Especialista investigador en epigenética. Hospital de Bellvitge): "*No lamento no ejercer de médico, porque me cuesta aceptar la frustración ante el paciente por el que no se puede hacer nada*", coincide con lo que Berger capta del trabajo de Sassall y lo refleja en su texto. Ese comentario me ha animado a elaborar este artículo, a modo de reflexión, a partir de algunas de las frases que ilustran e iluminan la labor del médico y que algún@s pensamos se aproximan a nuestro quehacer diario y nos llevó a elegir esta tarea ("*Veo su mano y su espíritu en algunas palabras que yo mismo pronuncio en la consulta, también algunos silencios*"), comentaba un compañero.

A través de sus observaciones, iremos evocando el papel del médico rural en una zona alejada de la ciudad con medios limitados pero ampliados en base a vocación y dedicación. Debe sufrir más y aprende de sus limitaciones e impotencia, pero asume la posición especial que incrementa su responsabilidad.

Para quienes están detrás del telón, junto a los pobladores, los referentes del paisaje ya no son sólo geográficos, sino también biográficos y personales.

- Sassall intenta reconocer a la persona detrás del paciente. Considera que esa es la tarea del médico, reconocer al hombre y no es el resultado de un solo encuentro. Se abre la puerta: para el paciente, el primer contacto es extremadamente importante. "¿Cuál es el valor de un instante? ¿Es para todos igual? La experiencia subjetiva del tiempo está distorsionada para el que sufre".
- Intimidad compartida con la población. Puede seguir a los pacientes en todas las fases de su evolución. Proximidad e intimidad con paciente y familia (ver episodio adjunto).
- Hay ocasiones en las que se siente incapaz, pero su posición de cercanía le permite algunas opciones con familias, asociaciones..; él, incluso, va más



allá
de la enfermedad,
situación social, condiciones de vida. Le preocupa la personalidad total de sus pacientes y tiene necesidad de fijarse en lo que le inhibe, reduce o le priva.
No separa la enfermedad de la personalidad general del paciente.
- No hay muchos médicos que sepan diagnosticar bien y ello no es por falta de conocimiento sino que son incapaces de comprender todos los datos posiblemente relevantes, no solo físicos, sino también emocionales, históricos y medioambientales. En los casos complicados percibe los diferentes factores implicados (acentúa un trabajo creativo, traza la lógica de su conexión).
- Berger comenta que también caben otras actitudes profesionales que no permiten esa proximidad, esa sensibilidad en captar la forma de presentarse la enfermedad en cada individuo y así el médico se deshumaniza; véanse: se distancia al diseccionar el cuerpo humano; usar la jerga técnica sin emoción; la especialización fomentando la visión científica. También apunta -y me parece importante remarcarlo- que el número elevado de pacientes impide la identificación con cualquiera de ellos.
- "La huella que deja en la imaginación del médico el sufrimiento que encuentra casi a diario, un sufrimiento que no se puede solucionar simplemente expidiendo una receta" (el sufrimiento que presencia, incrementa la tensión en consulta. Lo ve llorar). Berger elabora el símil: El tiempo es igual a la mar y la enfermedad son las condiciones meteorológicas... y no se puede convertir el mar en tierra firme. En el nivel psicológico, el reconocimiento significa apoyo. La enfermedad nos amenaza, el médico le da un nombre y nos alivia.
- Sassall, cuando explora, habla. Cuando pregunta, toca.
- Trabajar en exceso le hacía sentirse orgulloso pero, también, se impacientaba con lo que no era grave (prescribe ducha fría y ejercicio).
"Un médico que no se limita a vender curas..., es inestimable".
- Se convierte en "archivero", testigo de la historia de sus vidas; sabe su historia y puede comprender a la comunidad. Trabaja con una población socioeconómicamente deprimida y considera que sus pacientes se merecen una vida mejor, sin embargo admira su resistencia y su obligación es retrasar al menos ciertas formas de infelicidad.
-Tiene una autonomía relativa y unas responsabilidades solitarias... Confían en él pero no es un igual. Vive su ideal de servicio como un privilegio. Haciendo lo que quiere hacer, se siente afortunado.

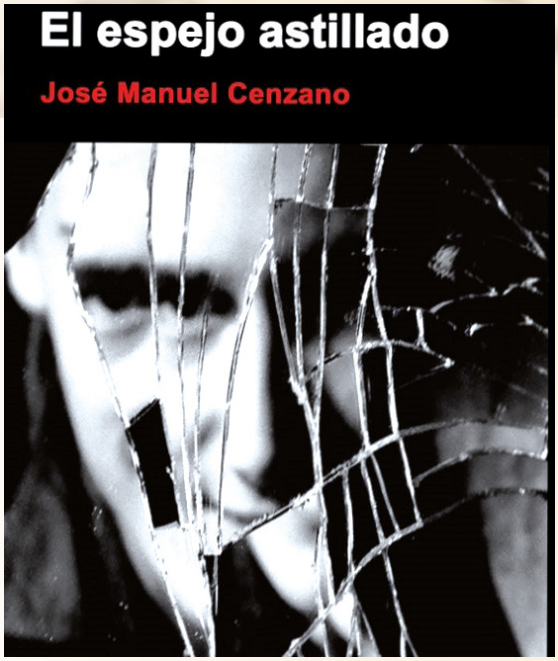
Creo que Berger consigue acercarse a nuestra realidad rural y alumbrar algunos aspectos de la Atención Primaria que vivimos en el marco del Sistema en el que trabajamos y añade "las crisis ponen a prueba a quien las vive". Sin embargo, con condiciones favorables y sin ellas, nuestro compromiso de responsabilidad por lo que hacemos permanece a salvo y nos hace sentirnos afortunados al margen del reconocimiento real percibido.

Finaliza Berger: ¿Sabemos reconocer /medir la contribución del médico rural?

EPISODIO:
Anciana moribunda en el domicilio...

– Lo que nos faltaba, dijo el padre sin levantar la vista -Primero un ataque al corazón y ahora neumonía. Una buena mezcla. Y sólo ayer estaba bien.
– Empezó a llorar en silencio como lo hacen las mujeres, los ojos inundados en lágrimas.
– El médico que ya había agarrado uno de sus maletines, lo volvió a dejar en el suelo y se recostó en el respaldo de la silla.
– ¿Puede hacernos un té? -dijo. Mientras la hija lo preparaba, los dos hombres hablaron del huerto que había detrás de la casa y de las manzanas que habían recogido ese año. Cuando volvió la hija, hablaron del reuma del padre. Acabado el té, el médico se marcha.

Libros



Novela:

El espejo astillado

Autor: Dr. Chema Cenzano, pediatra jubilado.
Editorial: Onuba.

Una excitante aventura sobre el control de las emociones.

Un abogado con aceptable éxito profesional padece un ictus cerebral que desencadena un caos en su capacidad intelectiva. Poco a poco va recuperando las funciones neurológicas hasta alcanzar la completa normalidad. Pero su concepción mental ha cambiado. Empieza a contemplar las actitudes de los viejos conocidos, amigos y clientes, desde otra óptica. Han variado sus valores morales, y también tiene ocasión de observar los comportamientos que ejecutan hacia él los demás, con diferente prisma.

Cada capítulo se refiere a la relación nueva que ha aparecido con cada personaje que se cruza en su camino, y que constituye por sí misma una inesperada y excitante aventura.

El aprovechamiento del tiempo, y el control de las emociones hasta alcanzar un estado permanente de sosiego, se convertirán en los objetivos que dominen su vida. Pero nunca llegará a saber cuál es la realidad que le rodea.

José Manuel Cenzano Catalán (Corella, Navarra), pediatra jubilado y premio Sánchez Nicolay a la buena práctica médica 2013, es autor de diversas novelas: *Cuarto creciente en el lado oculto de la luna, El tren, Nostalgia en gris, Víctima del pasado, Cara o cruz, El Indiano, Un paso atrás o La marquesa.*

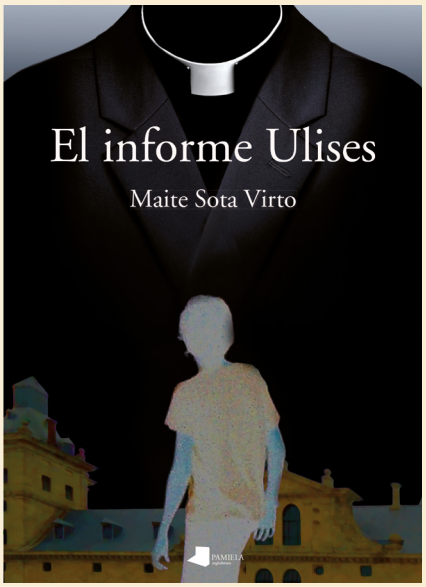
Es autor de la colección de artículos en Diario de Navarra "A su salud", en La Voz de la Ribera "Salud para todos" y en la revista Panacea "Reflexiones", y también ha colaborado en cadenas de radio como COPE y SER. En la actualidad, es colaborador en la sección de opinión de Diario de Navarra "A vuela pluma".

Novela:

El informe Ulises

Autora: Dra. Maite Sota, pediatra.
Editorial: Pamiela.

La cruel realidad de los abusos sexuales a menores.



El suicidio en Tafalla de Ulises, un adolescente de trece años, conmociona a su pediatra, Karmele Altuna. La macabra visión del cuerpo de la víctima y el extraño ambiente familiar incitan a la doctora Altuna a hurgar en las razones de lo ocurrido.

Pese a los trastornos que origina en su vida personal y profesional, pese a todos los obstáculos, Karmele emprende una tenaz investigación que le proporcionará evidencias de la implicación en el caso de religiosos de un colegio de Burgos en el que Ulises había estudiado. Con la ayuda de un periodista

interesado en la investigación, la pediatra descubrirá diversos casos similares ocurridos en el mismo colegio. Pero sus pesquisas toparán con la sistemática cerrazón de la Iglesia católica ante tan sórdidos asuntos.

Casi por casualidad, el relato de los terribles sucesos ocurridos en el colegio burgalés, envueltos en un manto de silencio por mucho tiempo, saltará finalmente a la luz pública. Sin embargo, otros muchos casos quedarán para siempre en el olvido.

Maite Sota Virto (Cintruénigo, Navarra) es pediatra en el Centro de Salud Rochapea de Pamplona. Ha escrito poemas y cuentos infantiles y en el año 2012 edita su primera novela para adultos, *Necoleto Pambí. Historia de una vida insípida*, a la que le sigue en 2013, *El ser encadenado.* Su última novela, *El perfume de la higuera*, todavía no se ha publicado.

En la actualidad trabaja en otro proyecto literario y colabora con la revista Ezkaba.



Refrán viejo nunca miente.

Porque ellos sabían mucho más de lo que esperaban.

Autor: Dr. Manuel Murie, neurológo.
Libro autoeditado con el aval de la Sociedad Española de Neurología y de la Fundación del Cerebro.
Ilustraciones de Beatriz Menéndez.

Una explicación neurológica a 50 refranes.

A diario usamos y escuchamos refranes que damos por ciertos, porque efectivamente lo son. Pero en su día, cuando alguien, genio seguro, lo acuñó por primera vez, era incapaz de explicar el por qué. Muchos años después, en la era del conocimiento, somos capaces de dar una explicación lógica al refrán. El libro explica, desde la neurología, 50 refranes, reconociendo así lo mucho que nuestros antepasados sabían.

El refranero tradicional contempla muchas certezas descubiertas por observación, lo cual no resta un ápice a su credibilidad. Desde la neurociencia, el autor del libro llega a esta misma certeza por el conocimiento, haciendo confluir la observación con el proceso cerebral implicado.

Con cada refrán, el lector descubre nuevas enseñanzas en relación al funcionamiento cerebral en aspectos cotidianos para que, en base a su aprendizaje y puesta en práctica, sea capaz de potenciar su capacidad cerebral aplicada a la vida real.

Manuel Murie Fernández (Madrid) es neurólogo especializado en neurorehabilitación. En la actualidad, es director médico del Centro Neurológico de Atención Integral (CNAI), profesor asociado de la Universidad de Navarra y de la escuela de fisioterapia de la Universidad Pública de Navarra. Es miembro del comité científico ejecutivo de la revista Neurología y encargado de la plataforma de formación continuada de la Sociedad Española de Neurología.

Seguro de **Automóvil**



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

Fuente: Indice 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

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síganos en

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

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de septiembre de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.