

MÉDICOS
NAVARROS
EN LA
DIÁSPORA

**Premios del III Certamen
de Casos Clínicos**

**Salud y Colegio acuerdan
colaborar en formación y
gestión clínica**

**Fórmate en tu Colegio:
19 actividades para
el último trimestre**

UNIÓN EUROPEA
ESPAÑA



PIENSA EN TI, NO HAY NADA IGUAL.



El Pinar de Ardoi.2



Urbanización privada ajardinada con piscina y juegos infantiles
Viviendas de 2, 3 y 4 dormitorios con amplias terrazas • Áticos y bajos con jardín
Equipadas con cocina, armarios y mobiliario de baño
Calefacción por suelo radiante



ABAIGAR 948 100 099
www.abaigar.com

Financia:
LABORAL
kutxa

Promueve:
ISGA Inmuebles s.a.

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
Junio 2016 - Nº 114

Consejo de Redacción:

Rafael Teijeira, Enrique Martínez,
Alberto Lafuente, Tomás Rubio y
Julio Duart

Comision Científica:

Jesús Repáraz, Joaquín Barba,
Carlos Larrañaga, Sara Pérez,
Rebeca Hidalgo, Óscar Lecea y
Tomás Rubio

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz

Publicidad:

Nelson. Estrategia & Publicidad
Tel: 948 32 19 09

Fotografía:

Villar López y Redacción

Edición:

Gráficas Castuera

Redacción y Administración:

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

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988

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

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos

32

**Las listas de
contratación ¿es
el sistema más
adecuado?**
*Por Eduardo
Portillo.*



40

**El corazón
artificial hoy.
Alternativas al
trasplante.**
*Por Gregorio
Rábago.*



46

**Entrevista al
pediatra Javier
Molina.**



62

**Firma invitada:
Médicos... pero
también poetas**
Por Santiago Elso.



| ...y además

- 4 Actividades de formación
- 5 Editorial
- 6 Colegio de Médicos
- 13 Ciclismo
- 15 Coro colegial
- 16 Congresos
- 18 Día Mundial Sin Tabaco
- 20 Formación
- 27 Ética y Deontología
- 28 Sociedades científicas
- 32 Punto de vista
- 34 Reportaje: Médicos en la diáspora
- 40 Divulgación científica
- 46 Entrevista
- 52 Clen College
- 54 Restaurante
- 57 Acuerdos comerciales
- 58 Biografías médicas
- 61 Viajes
- 64 Anecdótico
- 66 Libros



EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
EN TWITTER

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

Septiembre
Diciembre
2016

Formación en el Colegio de Médicos de Navarra

La información sobre fechas concretas y programas se irá colgando en la página web del colegio (www.medena.es) y se enviará a los médicos por correo-e.

Más información e inscripciones:

ÁREA DE DESARROLLO
PROFESIONAL.
FUNDACIÓN COLEGIO
DE MÉDICOS DE
NAVARRA.

Tél. 948 22 60 93
Correo-e:
acade@medena.es
Web:
<http://www.medena.es>

Actividad

Dirigido a

Septiembre

Lun. 19	Taller. Casos Prácticos en valoración de daño corporal: aplicación del nuevo baremo VDC (Ley 35/2015, de 22 de septiembre).	Médicos especialistas en Medicina Legal, médicos forenses, médicos peritos en VDC.
Jue. 22	Seminario Traumatología 1: Patología prevalente en Tobillo y Pié.	Médicos de Familia, médicos del Trabajo, médicos de urgencias extrahospitalarias.
	El médico en el estrado.	Médicos especialistas en Medicina Legal, médicos peritos, todos los colegiados.
	Plan de formación en Obesidad y Sobrepeso: Salud pública y política sanitaria en obesidad.	Médicos de Familia, pediatras, médicos del Trabajo, todos los colegiados.

Octubre

Días 18-25	Salud 2.0: APPs y recursos útiles en la práctica clínica.	Todos los colegiados.
Lun. 24	Cáncer mama en mujer joven: ¿enfermedad huérfana?	Ginecólogos, oncólogos, médicos de Familia.
Jue. 20	Salud de los pies a la cabeza. El bienestar psicológico: enfoque potenciador de la salud.	Médicos del Trabajo, médicos de Familia.
	Ética y Deontología: Planificación de Decisiones anticipadas con el paciente no oncológico.	Todos los colegiados.
	Mesa Redonda – Cuestiones Éticas y Deontológicas relacionadas con Genética.	Todos los colegiados.
	Mesa Redonda. Aspectos jurídicos de la práctica médica por médicos jubilados.	Médicos jubilados.
	Medicina Legal: Aspectos médicos y jurídicos en incapacidad.	Médicos de Familia, médicos del Trabajo, especialistas en Medicina Legal.

Noviembre

Jue. 17	Salud de los pies a la cabeza. Inestabilidad de la rodilla en asistencia primaria.	Médicos del trabajo, médicos de Familia.
Jue. 24	Seminario Traumatología 2: Patología prevalente de cadera.	Médicos de Familia, médicos del Trabajo, médicos de Urgencias Extrahospitalarias.
	Seminario monográfico. Aspectos legales de la práctica clínica psiquiátrica: Nociones básicas de peritaje en psiquiatría.	Psiquiatras, neurólogos y Medicina Legal.
	Curso. Microbiología Clínica para médicos de asistencia primaria.	Médicos de Familia.
	Psicofarmacología: psicoestimulantes 1. Indicaciones y uso en menores y jóvenes.	Psiquiatras, neurólogos, pediatras y médicos de Familia.
	Psicofarmacología: psicoestimulantes 2. Indicaciones y uso en adultos y ancianos.	Psiquiatras, neurólogos, geriatras y médicos de Familia.

Diciembre

Jue. 15	Salud de los pies a la cabeza. Aspectos básicos en la rehabilitación de enfermedades neurológicas.	Médicos del Trabajo, médicos de Familia.
	Curso de Actualización en psiquiatría geriátrica.	Médicos de Familia, geriatras, psiquiatras y neurólogos.

¿Qué ofrece el Colegio a los médicos jóvenes?



MARÍA RULLÁN IRIARTE.

Vocal de
Médicos en
Formación.

Casi un 15% de la colegiación navarra son médicos en Formación, médicos jóvenes que muchas veces desconocen el funcionamiento y los servicios que el Colegio pone a su disposición.

Me acabo de incorporar a la Junta Directiva del Colegio de Médicos como vocal de Médicos en Formación, con la intención de contribuir a que el Colegio sea una institución más próxima y una entidad viva que responda a las necesidades de los nuevos médicos que se incorporan al Colegio.

En estos meses he podido participar de algunas de las iniciativas que el Colegio de Navarra desarrolla pensando en los médicos más jóvenes. El Certamen de Casos Clínicos, en su tercera edición, se sigue desarrollando con gran aceptación y cada año se constata la alta calidad de los trabajos presentados. Después del verano se convocará, por noveno año consecutivo, la Beca Dr. Ignacio Landecheo de apoyo a la formación MIR, que promueve la rotación de los médicos especialistas en formación fuera de nuestra Comunidad.

Aquí encontraréis el cariño y apoyo de médicos veteranos bien formados, además de servicios profesionalizados para orientar y acompañaros en vuestra trayectoria profesional. En este número de Panacea, se entrevista a algunos de compañeros que decidieron probar suerte en otros lugares en los que el reconocimiento a su dedicación y entrega es mayor. También nos toca velar por nuestros jóvenes y evitar esta lamentable fuga de médicos vocacionales.

Conscientes de los factores de estrés que caracterizan esta etapa de formación, el programa PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) ha desarrollado una iniciativa nacional centrada en la salud del MIR, con el fin de adquirir habilidades y recursos que nos permitan no sólo desempeñar un buen ejercicio asistencial sino poder controlar los niveles de estrés.

El Colegio de Médicos de Navarra también cuenta con un servicio de atención eficaz y rápido en casos de agresiones, por lo que os instamos a comunicarlas.

Por otro lado, nos ocupa y preocupa el deterioro de las condiciones laborales en los últimos años. La 3ª oleada del estudio sobre la "Situación laboral de los médicos en España" pone de manifiesto que la precariedad laboral se dispara entre los médicos. Los datos son elocuentes: "uno de cada dos médicos del sistema público realiza su labor en situación de inestabilidad e irregularidad". Malos tiempos para la lírica, compañeros. No es casualidad que las consecuencias de esta precaria situación alimenten desencuentros.

Ser referente para los médicos jóvenes es un objetivo que perseguiremos con insistencia, pero no siempre damos con la clave. Necesitamos escucharlos, que nos propongáis inquietudes y necesidades, que os hagáis oír, para construir entre todos un Colegio dónde los médicos jóvenes os sintáis a gusto y representados. ■



Convenio de colaboración

Salud y el Colegio de Médicos fomentarán la participación e implicación de los profesionales en la gestión sanitaria.

Refuerza la formación continuada de los médicos y amplía los ámbitos de colaboración entre ambas entidades.

Establece compromisos para el desarrollo de un nuevo Modelo de Autogestión y Evaluación Clínica.



gozando de un sistema sanitario público, universal y de calidad". Cabe señalar que el Plan de Salud de Navarra 2014-20, aprobado por el Parlamento en 2014, señala como necesaria una alianza efectiva con todos los profesionales sanitarios y agentes sociales, en especial con los Colegios y Asociaciones Profesionales, para desarrollar las estrategias básicas en este ámbito e incrementar el nivel de salud de la población en Navarra.

Así, ambas entidades se comprometen, entre otros

El Departamento de Salud y el Colegio Oficial de Médicos de Navarra han firmado un nuevo convenio de colaboración, que refuerza la cooperación que ambas entidades vienen desarrollando en materia de formación, y extiende sus ámbitos de actuación al desarrollo profesional de los médicos, la participación en la planificación y desarrollo de la gestión clínica, y la promoción de la calidad en la atención sanitaria.

El documento, suscrito por el consejero de Salud, Fernando Domínguez, y por el presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, el pasado 24 de mayo, sustituye a un convenio anterior, de 1993, que se renovaba cada año, centrado únicamente en la formación continuada.

Los cambios producidos en la sociedad desde entonces, así como en el propio concepto de "salud" hacían necesario un nuevo marco de colaboración con el Colegio de Médicos, que, además de la formación, fomente la implicación y la participación de los profesionales médicos de cara a garantizar "que las generaciones futuras puedan seguir

objetivos conjuntos, a seguir apostando por una asistencia sanitaria universal, pública, gratuita y financiada mediante impuestos con una dotación presupuestaria suficiente y garantizada; a promover el uso racional de los recursos sanitarios; a tratar de evitar que la sanidad sea objeto de confrontación partidista y revitalizar consensos políticos,

El Convenio refuerza la colaboración en formación continuada de los médicos colegiados en Navarra, que se mantenía desde el año 1993, y contempla el desarrollo de un Plan Plurianual de Formación Continuada, en el marco de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Navarra.

profesionales y sociales; a garantizar la calidad de los servicios públicos y promover un modelo asistencial orientado al paciente; y a impulsar el profesionalismo, el liderazgo clínico y la profesionalización de la gestión; a lograr la implicación efectiva de los médicos en la gestión de los recursos del SNS-O; y a impulsar que los indicadores de resultados en salud constituyan la base para la evaluación de desempeño, no limitándose a evaluar la productividad y los gastos.

NUEVOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

El convenio hace referencia al impulso de los objetivos del Plan de Salud y de la Estrategia de Crónicos e introduce diversos compromisos para reforzar los mecanismos de participación de los profesionales a través de diferentes órganos (Consejo de Gobierno del SNS-O, Foros y Consejos de Salud, Juntas Técnico Asistenciales, etc).

Especial relevancia adquiere el acuerdo por el cual el Departamento de Salud se compromete a poner en marcha, a corto y a medio plazo, amplios procesos de participación profesional con la colaboración del Colegio de Médicos para promover el máximo grado posible de consenso sobre aspectos esenciales para el futuro del SNS-O, como la gestión clínica, las listas de espera, la organización hospitalaria, o el modelo de futuro y la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.

En esta línea y como primera medida de colaboración activa, el Departamento de Salud y el Colegio de Médicos han acordado colaborar en el desarrollo de un nuevo Modelo de Autogestión y Evaluación Clínica, orientado a los siguientes objetivos: promover el diseño, la mejora continua y la autoevaluación de los procesos y circuitos asistenciales con el fin de garantizar una atención centrada en las necesidades del paciente, integral, integrada, ágil, efectiva y segura; orientar la gestión de los procesos asistenciales al logro de los resultados medibles en términos de salud; promover una mayor autonomía, participación e implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de las unidades o servicios sanitarios; reforzar los valores y competencias del profesionalismo sanitarios; y mejorar la satisfacción y la calidad del empleo de los profesionales sanitarios.

Para llevar a cabo este proyecto ya se ha constituido el Comité de Gestión Clínica de Navarra con la participación de los colegios de Médicos y Enfermería e integrado por representantes de los diversos estamentos profesionales y del SNS-O y del Departamento de Salud. Además, con el fin de ampliar el alcance y la profundidad del proceso participativo en cada una de las gerencias del SNS-O, se ha constituido un grupo de debate con una representación de estamentos similar a la del Comité de Gestión Clínica. ■

NUEVO JAGUAR F-PACE

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



DESDE 45.000 €*

Nunca habías visto un Jaguar así. El nuevo Jaguar F-PACE consigue, gracias a la suspensión frontal de doble horquilla de aluminio y la suspensión trasera Integral Link, una experiencia emocionante en la que el coche y conductor están totalmente conectados. Conducción deportiva y espíritu práctico. El nuevo Jaguar F-PACE acaba de subir la apuesta.

Navarra Motor

Pol. Ind. Talluntxe II, Calle D. Noain 31110 (Navarra) **junto a la ITV**
948346220

THE ART OF PERFORMANCE

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

*P.V.P. del nuevo Jaguar F-PACE 2.0d 180 CV Manual Pure RWD por 45.000€ (21% IVA o IIGIC, transporte e impuesto de matriculación-IEDM I-) IEDM I calculado al tipo general, no obstante, el tipo aplicable puede variar en función de la Comunidad Autónoma de residencia. El vehículo mostrado no corresponde con el ofertado. Línea Jaguar 902 44 00 99.

**Aproveche las
ventajas y descuentos
de su carné colegial**

**Consulte en Navarra Motor
las condiciones especiales
de los médicos colegiados.**

III Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes

Begoña Gastón, Leyre Zubiri y Sonia García Francés, ganadoras del primer, segundo y tercer premio.

Andrea Goikoetxea, premio al mejor póster.

■ TRINI DÍAZ

Begoña Gastón Moreno, R1 de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Navarra, recibió el primer premio del III Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes, organizado por el Colegio de Médicos de Navarra. La joven doctora es la autora principal del caso clínico "Amenaza de parto prematuro en gestación gemelar bicorial biamniótica: propuesta de parto diferido". El primer premio tiene una dotación de 1.000 euros.

El segundo premio recayó en Leyre Zubiri Oteiza, R5 de Oncología Médica en la Clínica Universidad de Navarra, por el caso clínico titulado "Lo que los síntomas esconden... y la paradoja que nos depara después", dotado con 750 euros.

El tercer premio ha sido para Sonia García Francés, R4 de Ginecología y Obstetricia en el Complejo Hospitalario de Navarra, por su trabajo titulado "Tumor de Krukenberg y gestación. Reto diagnóstico y terapéutico". Está dotado con 500 euros.

El Certamen otorga, además, un premio al mejor póster de entre los 15 casos clínicos seleccionados en esta modalidad por el Jurado. La ganadora ha sido Andrea Goikoetxea Urdiain, por el caso clínico titulado "¿Puede retirarse de forma segura el Imatinib en pacientes con Gist metastásico reseado quirúrgicamente?".

El premio está dotado con 300 euros.



Dos modalidades: oral y póster

A esta tercera edición del Certamen se presentaron un total de 44 casos clínicos, de los cuales el Jurado seleccionó los diez mejores para su presentación oral y otros quince para su presentación en formato póster.

El pasado 18 de mayo, los seleccionados tuvieron que defender su caso y responder a las preguntas del Jurado, formado por los doctores Enrique Martínez (jefe del Servicio de Oncología radioterápica del Complejo Hospitalario de Navarra y vicepresidente del Colegio de Médicos), Tomás Rubio (médico internista del Complejo Hospitalario de Navarra y tesorero del Colegio de Médicos), M^a del Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital San Juan de Dios de Pamplona), Jon Ariceta (Subdirector Asistencial de Procesos Quirúrgicos en el Complejo Hospitalario de Navarra) y Jean Louis Clint (médico de Familia). Otros quince casos clínicos optaron al premio en la modalidad de presentación póster, en la que el Jurado valoró la calidad científica del trabajo, su presentación gráfica y la capacidad de síntesis del autor o autores.

El Jurado destacó 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.

Las
galardonadas
con el Jurado
del Certamen.



Un libro con los 25 mejores casos

El Colegio de Médicos editará un libro con los veinticinco mejores casos clínicos. Además de los galardonados, incluirá a los finalistas de la presentación oral y póster, que podrá consultarse en la página web del Colegio (www.medena.es).

Presentación oral, finalistas:

- Parasitosis delusional.
Autor principal: **Jorge Alba Fernández**.
- Atresia de esófago en un gran prematuro: un caso que no se ajusta a protocolo.
Autora principal: **Ada Yessenia Molina Caballero**.
- Hemorragia subaracnoidea de la convexidad como signo indirecto de trombosis venosa cerebral en paciente con útero metropático miomatoso en tratamiento con ácido tranexámico.
Autora principal: **Natalia Abián Franco**.
- Tratamiento multidisciplinar del liposarcoma pleomórfico axilar.
Autor principal: **Jesús Olivas Menayo**.
- Síndrome constitucional: un desafío diagnóstico.
Autora principal: **Nerea Eguilaz Esparza**.
- Mujer joven con nódulo pulmonar.
Autora principal: **Vanessa López Rodríguez**.
- Psicosis e inflamación, un caso a estudio.
Autora principal: **Gabriela Sánchez Ruiz de la Cuesta**.

Presentación póster, seleccionados:

- Una etanolemia negativa: "Yo no consumo alcohol, doctor".
Autora principal: **Laura Montes Reula**.
- Termocoagulación por radiofrecuencia como tratamiento de epilepsia occipital estructural secundaria a displasia cortical.
Autora principal: **Miren Altuna Azkargorta**.
- Cefalea secundaria a osteomielitis mastoidea por tuberculosis miliar.
Autora principal: **Amaia Redondo Arriazu**.
- Gripe A-H1N1 (PDM 2009) persistente en paciente inmunocomprometido con síndrome de distress respiratorio del adulto en UCI: ¿Solo el oseltamivir podrá combatirlo?
Autor principal: **Jorge Echevarria Guibo**.
- Síndrome Evento cerebro vascular e infarto renal bilateral secundario a fibrilación auricular de novo.
Autor principal: **José Francisco Aguilar Guevara**.
- Hemorragia postparto en paciente con malformación uterina.
Autora principal: **Adriana Nohemi García Herrera**.
- Angina típica de origen atípico.
Autor principal: **Ignacio Roy Añón**.
- Complicaciones de la leucemia promielocítica y su manejo clínico.
Autora principal: **M^a Cecilia Hernández Morhain**.
- Anemia sintomática por afectación duodenal metastásica de un primario desconocido.
Autora principal: **Cristina Saldaña Dueñas**.
- Síndrome de lisis tumoral en neoplasia sólida.
Autora principal: **Leyre Úcar Rodríguez**.
- Distrofia muscular de Becker.
Autor principal: **Ignacio Roy Añón**.
- Hipertensión arterial e hipokalemia.
Autora principal: **Amaya Villanueva Fortún**.
- Disección carotídea bilateral espontánea con buen resultado neurológico.
Autora principal: **Laura Esther De La Cruz Rosario**.
- Botulismo iatrógeno.
Autor principal: **Sandra Castejón Ramírez**.



PRIMER PREMIO

Autora principal:
Begoña Gastón Moreno

Amenaza de parto prematuro en gestación gemelar bicorial biamniótica: propuesta de parto diferido.



¿Esperabas el premio?

Todos los casos clínicos que se presentaron mediante comunicación oral fueron muy interesantes y de alto nivel científico, por lo que no esperaba ganar el primer premio.

¿Por qué elegiste este caso?

La amenaza de parto prematuro en gestación gemelar es una patología que ha ido aumentando durante los últimos años. Con el fin de intentar disminuir la morbilidad asociada a la prematuridad, recientemente se ha comenzado a valorar la posibilidad de realizar el parto diferido del segundo gemelo. La experiencia a nivel mundial todavía no

es muy extensa, pero probablemente se trate de un avance importante en el campo de la Obstetricia. Elegí este caso por representar un ejemplo de este novedoso procedimiento en una gestación gemelar.

Descripción del caso y principales conclusiones.

Presentamos el caso de una paciente gestante, gemelar bicorial-biamniótica que acude a Urgencias en semana 25 de gestación por bolsa rota y contracciones, siendo diagnosticada de amenaza de parto prematuro. A pesar de instaurar tratamiento tocolítico, no se consigue frenar la dinámica uterina, por lo que se produce el parto del primer gemelo a las 25+3 semanas de gestación. Ante la extrema prematuridad, se le propone a la paciente y su pareja intentar realizar el parto diferido del segundo gemelo: reiniciar tratamiento tocolítico tras el parto del primer gemelo para conseguir retrasar el máximo tiempo posible el parto del segundo. La paciente y su pareja aceptan, por lo que se inicia el correspondiente protocolo. Finalmente, se produce el parto del segundo gemelo 17 días más tarde, a las 27+6 semanas de gestación. Actualmente, son dos lactantes de 11 y 10 meses, respectivamente, con una buena evolución.

La prematuridad es la principal causa de la morbilidad neonatal, que disminuye significativamente a medida que aumenta la edad gestacional a la que tiene lugar el parto.

Cuando nos encontramos ante una gestación gemelar en la que se prevé el parto prematuro en una edad gestacional demasiado temprana, incluso cercana a los límites de viabilidad, debemos valorar la posibilidad de intentar el parto diferido del segundo gemelo con el fin de disminuir la potencial morbilidad de este último.

¿Te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

Creo que este tipo de experiencias enriquecen nuestra formación como residentes. Por un lado, nos da la oportunidad de realizar una comunicación oral fuera del Servicio, donde habitualmente exponemos las sesiones clínicas. Además, permite conocer casos clínicos muy interesantes relacionados con otras especialidades.

SEGUNDO PREMIO

Autora:
Leyre Zubiri Oteiza

Lo que los síntomas esconden... y la paradoja que nos depara después.



¿Esperabas el premio?

Lo cierto es que el caso que presenté era atractivo y muy infrecuente, además de plantear muchas dificultades de diagnóstico y tratamiento, por lo que sí pensé que tenía posibilidades de encontrarme entre los aspirantes al premio. No obstante, teniendo en cuenta la

elevada calidad de los casos clínicos de los años precedentes y la alta competitividad, era consciente de que iba a resultar difícil.

¿Por qué elegiste este caso?

Porque es una entidad clínica muy infrecuente y compleja de diagnosticar. Además, el caso planteaba un dilema importante al padecer el paciente dos enfermedades conjuntas con tratamientos opuestos, por lo que lo que curaba una de las enfermedades agravaba la otra.

Descripción del caso y principales conclusiones.

El caso trata sobre una paciente afecta de melanoma localizado que presenta un cuadro consistente en vértigo, náuseas e inestabilidad un año después del diagnóstico del tumor. Las características larvadas del síndrome hacen que resulte complejo dilucidar su causa. Tras una amplia batería de pruebas, y después de observar otros síntomas añadidos al cuadro inicial (movimientos oculares involuntarios y ataxia definida), logramos finalmente llegar al diagnóstico de un síndrome opsoclono-mioclono-ataxia (SOMA) paraneoplásico. Este síndrome constituye una patología muy rara que no cuenta con test específicos diagnósticos y que supone un verdadero reto cuando se anticipa a la aparición de una recurrencia tumoral. Además, en nuestro caso, en el que posteriormente descubrimos un melanoma metastásico, la situación se vio agravada por el hecho de que la mejor opción terapéutica para su neoplasia era la peor alternativa para su SOMA, al contribuir a su exacerbación.

¿Qué valoración haces de este III Certamen?

Me ha parecido una experiencia muy enriquecedora. La iniciativa del

Colegio de Médicos de organizar este concurso anual ha sido muy acertada y espero que continúe durante mucho tiempo. Este año, en concreto, se han presentado casos muy interesantes y de los que he aprendido mucho.

¿Te ayuda esta experiencia en tu formación médica?

Sí. Los casos del certamen representan situaciones clínicas complejas y se aprende mucho de ellos, en todos los sentidos: abordaje diagnóstico, tratamiento y razonamiento clínico. Por supuesto, hay casos de otras especialidades muy diferentes a la mía, que probablemente no van a formar parte de mi actividad clínica diaria. Sin embargo, incluso en estos casos el nivel de aprendizaje es muy elevado y útil en el día a día.

TERCER PREMIO

Autora principal:
Sonia García Francés

Tumor de Krukenberg
y gestación.
Reto diagnóstico y
terapéutico.



¿Esperabas el premio?

No esperaba el premio. Cuando presenté mi caso al concurso sabía que suelen presentarse bastantes casos y de gran calidad científica, por lo que era difícil que lo seleccionaran entre los diez mejores para exponerlo. Así que fue una doble sorpresa, primero que lo seleccionaran para la exposición y luego que obtuviera el tercer premio.

¿Por qué elegiste este caso?

El caso consistía en el diagnóstico de un cáncer en estadio avanzado, en el segundo trimestre de embarazo, algo que ocurre con muy poca frecuencia. Este caso supuso un reto médico tanto a nivel diagnóstico como terapéutico debido a la gran complejidad del mismo. Por otro lado, requirió de un abordaje multidisciplinar con la participación de varias especialidades distintas. Por estos motivos consideré que era un caso del que podíamos aprender residentes de cualquier especialidad.

Descripción del caso y principales conclusiones.

Se trataba de una paciente en segundo trimestre de gestación en la cual, por ecografía, se detecta una masa pélvica no descrita con anterioridad. Las pruebas complementarias no resultan concluyentes por lo que requiere de cirugía para llegar al diagnóstico definitivo, que resultó un tumor de krukemberg (metástasis ovárica de adenocarcinoma gastrointestinal).

Con diagnóstico definitivo de cáncer en estadio IV, se realizó un manejo multidisciplinar complejo con implicaciones médicas, psicológicas y éticas para la madre y su familia y también para el personal sanitario.

El cáncer en la gestación es una situación poco frecuente. Por un lado, supone un reto a nivel diagnóstico puesto que a pesar de que las gestantes están en mayor contacto



con el personal sanitario, los cambios fisiológicos propios del embarazo y el tamaño aumentado del útero, pueden enmascarar la sintomatología secundaria a una neoplasia; además, estamos más limitados en el uso de determinadas pruebas diagnósticas por riesgo fetal. Por otro lado, el cáncer en el embarazo supone un reto terapéutico en el que el cociente beneficio/riesgo para la madre y el feto debe ser sopesado cuidadosamente, a la hora de realizar tratamientos tanto médicos como quirúrgicos.

¿Qué valoración haces de este III Certamen?

Es un acto de mucho interés científico y educativo para los médicos en formación. Creo que es una manera de conocer situaciones complejas a las que nos enfrentamos médicos de distintas especialidades de las que todos podemos aprender. Personalmente, creo que la exposición de casos clínicos ante compañeros de distintas especialidades, en situaciones como la del Certamen de casos clínicos, son experiencias interesantes para la formación de los médicos residentes.



¿Puede retirarse de forma segura el Imatinib en pacientes con Gist metastásico resecado quirúrgicamente?



¿Esperabas el premio?

No, suponía que habría otros casos también interesantes y que sería complicado conseguir el premio.

¿Por qué elegiste este caso?

Porque es poco habitual y demuestra la importancia de las alteraciones genéticas en la formación de tumores.

Descripción del caso y principales conclusiones.

Es un paciente al que se le reseca una tumoración GIST intestinal de 8 cm, con mutación c-KIT, que presenta una recaída local y metástasis hepática, que son nuevamente resecados. Se inicia Imatinib adyuvante, manteniéndose 10 años libre de

enfermedad. Se retira este fármaco debido al diagnóstico de un adenocarcinoma sigmoideo por el que se interviene y recibe adyuvancia con Capecitabina. Ocho meses después de suspender Imatinib, se detecta un nódulo subcutáneo infraumbilical que se reseca y es compatible con GIST. Se reintroduce Imatinib, mantenido al paciente, hasta la actualidad, libre de enfermedad.

En la revisión bibliográfica realizada no existe evidencia suficiente para retirar el fármaco en pacientes con GIST avanzado resecado quirúrgicamente.

¿Qué valoración haces de este III Certamen?

Muy buena. Es una oportunidad estupenda para los residentes en formación en Navarra para mostrar sus trabajos y compartirlo con el resto de profesionales sanitarios. La experiencia me ha permitido profundizar en mis conocimientos acerca de esta materia.

Campeonato de España de Ciclismo para Médicos

Excelente resultado del equipo ciclista del Colegio de Médicos, en Soria

Diego Latasa, tetracampeón de España de Médicos.

Izarbe Jiménez triunfa entre las féminas.

Por equipos, Navarra logra la tercera posición.

■ TRINI DÍAZ

Diego Latasa e Izarbe Jiménez, ambos del equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra, se han proclamado ganadores de la octava edición del Campeonato de España de ciclismo para Médicos, celebrada el sábado 28 de mayo en Soria.

En la clasificación por equipos, el Colegio de Médicos de Navarra logró el tercer puesto, detrás de Ciudad Real y Bizkaia que se alzaron con la primera y segunda posición.

En Soria, el equipo ciclista del Colegio de Médicos de Navarra ha logrado la mejor clasificación desde que se constituyó hace seis años por iniciativa de Jesús Elso. El equipo viajó a Soria con ocho médicos en sus filas: Diego Latasa, Izarbe Jiménez, Adrián Cano, Leoncio Bento, Francisco Javier García Pereira, Fernando Recalde, Ricardo Ezcurra y José Joaquín Sexmilo.

Un total de 143 médicos de toda España participaron en este campeonato, organizado por el Colegio de Médicos de Soria con la colaboración y asesoramiento de la Asociación Ciclista Adnamantina, la Federación de Ciclismo de Castilla y León y la Real Federación Española de Ciclismo (RFEC).



Diego Latasa, campeón absoluto.

Izarbe Jiménez con la segunda y tercera clasificadas.

Practicar con el ejemplo

Es el cuarto campeonato de Ciclismo para médicos que gana Latasa, desde que en 2013 se estrenase en Logroño. Repitió la hazaña en Huesca, gracias a una cómoda ventaja de casi un minuto y medio sobre los riojanos José Antonio Cebamanos y Gerardo Palacios. El año pasado, en Ciudad Real, consiguió alzarse con el primer puesto por delante del madrileño Rafael Ángel Baena. Ambos llegaron escapados con 45" sobre un grupo encabezado por el soriano Pablo Guallar.

En esta ocasión, Diego Latasa ha empleado un tiempo de 2 horas y 56" en recorrer los 71,6 kilómetros de la prueba, con un promedio de 35,34 kilómetros a la hora, según la clasificación oficial. El segundo clasificado, Ignacio Sanz Lázaro del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, llegó ocho segundos más tarde.

El tetracampeón navarro, residente de traumatología en el Complejo Hospitalario de Navarra, explicó que esta edición ha estado "muy igualada" y puntualizó que estos campeonatos de médicos no son de élite. "En ellos participan médicos con condiciones físicas y edades muy diferentes, por lo que la dureza de la prueba viene determinada por el propio ritmo de la carrera y los participantes".

Para la ginecóloga navarra Izarbe Jiménez Ubieto éste es su primer triunfo en la categoría de féminas. El pasado año, en Ciudad Real, consiguió la medalla de bronce.

Tanto Izarbe como Diego consideran que el verdadero éxito está en poder predicar con el ejemplo que el deporte es sano. "Estos campeonatos son un buen escaparate para que la población se conciencie de la importancia de llevar una vida saludable". ■



Actividades de la Junta Directiva

Con el fin de informar a los colegiados de todas las actividades de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de actividades de la Junta. En este número de Panacea se publican las que han tenido lugar durante los meses de abril, mayo y junio de este año.

ABRIL 2016

MAYO 2016

JUNIO 2016

Fecha	Descripción	Asistentes
martes, 5	Comité de Dirección	Comisión Permanente
martes, 5	Inauguración Ciclo Salud de los Pies a la Cabeza	Vicepresidente
lunes, 11	Comité de Dirección	Comisión Permanente
jueves, 14	Inauguración Curso de Gestión	Comisión Permanente
lunes, 18	Comité de Dirección	Comisión Permanente
lunes, 25	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
martes, 26	Clausura Curso Valoración Daño Corporal	Presidente
lunes, 2	Comité de Dirección	Comisión Permanente
lunes, 9	Presentación libro "El médico en la mochila"	Presidente
lunes, 9	Comité de Dirección	Comisión Permanente
lunes, 16	Comité de Dirección	Comisión Permanente
miércoles, 18	III Certamen de Casos Clínicos	Vicepresidente y tesorero
jueves, 19	Comisión paritaria de formación Salud-Colegio	Presidente y Sección Académica
martes, 24	Firma convenio con Salud	Comisión Permanente
martes, 24	Presentación Oferta MICE, Congresos Salud	Presidente y tesorero
martes, 24	Reunión revista Panacea	Tesorero y vocal de Medicina Hospitalaria
sábado, 28	Graduación Medicina	Presidente
lunes, 30	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
martes, 31	Entrega premios Día sin Tabaco	Presidente
martes, 7	Comité de Dirección	Comisión Permanente
jueves, 9	Reunión Formación zona Norte (Bilbao)	Vicepresidente y Sección Académica
lunes, 13	Reunión con presidenta COFNA	Comisión Permanente
lunes, 13	Comité de Dirección	Comisión Permanente
viernes, 17	Pleno y Asamblea OMC	Presidente y Secretario
sábado, 18	Pleno y Asamblea OMC	Presidente y Secretario
lunes, 20	Comité de Dirección	Comisión Permanente
lunes, 27	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva

Graduación y Juramento hipocrático de 199 nuevos médicos

Los 199 alumnos de la LVII promoción de Medicina de la Universidad de Navarra tomaron el juramento hipocrático ante el presidente del Colegio de Médicos de Navarra y profesor de Medicina Legal y Deontología, Dr. Rafael Teijeira que, además, ejerció de padrino de la citada promoción.

En su discurso, destacó que el “médico es un profesional altamente cualificado que precisa estudiar y formarse toda la vida”. Por ello, animó a los futuros residentes a “formarse con espíritu crítico” sin dejar de lado otras cuestiones importantes como “la familia, la formación humanística o incluso el necesario descanso”.

A pesar de ello, “durante vuestra actividad profesional cometeréis errores. Errores que os dolerán, que os afectarán como personas”. “En esos casos, conviene ser humildes, analizar por qué se han producido y compartirlos con el paciente y sus familiares para entenderlos y que os entiendan”.

Finalmente, animó a los recién graduados a tener actitud humanitaria, “la compasión es un parámetro fundamental. Los médicos traspasamos casi sin darnos cuenta las barreras de la piel y del alma y conviene que no abusemos de ese poder”. ■



Rafael Teijeira, Arantza Campo (vicedecana de Alumnos y Ordenación Académica), Secundino González (decano de la Facultad), José Hermida (vicedecano de Investigación y Posgrado) y Carmen Ferrer (gerente de la Facultad) en el acto de graduación, que tuvo lugar el pasado 28 de mayo.

VI Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España



El Coro del Colegio de Médicos de Navarra en la Catedral de Valencia.

El 27 y 28 de mayo se celebró el VI Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España, que en esta edición se celebró en Valencia, organizado por el Colegio de Médicos de Valencia. Un año más, volvió a participar el Coro del Colegio de Médicos de Navarra, bajo la dirección de Miriam Mendive, además, se contó con la participación de los coros de los colegios de Madrid, Valencia, Zaragoza, y Canarias que, por primera vez, también acudió a este Encuentro.

El Coro del Colegio de Médicos de Navarra, que se compone de 35 miembros –todos ellos médicos, incluida su directora–, interpretó cinco piezas: *Goizian argi hastian* (Lesbordes), *Contigo en la distancia* (C. Portillo), *Un beso y una flor* (Armenteros), *Tinto con limón* (rock and roll de Premeditando Brequet) y *Por eso cantamos juntos* (Josu Elberdin). En esta última, fue la propia directora, Miriam Mendive quien acompañó al piano, y Jesús Arrastia Sáenz dirigió el Coro.

Además, y de manera conjunta con el resto de los coros presentes en el Encuentro, interpretaron dos coros de zarzuela (*Las seguidillas* de la Verbena de la Paloma y *la Zamacueca* de Los sobrinos del capitán Grant).

El domingo, en la Catedral de Valencia, cantaron también conjuntamente, la Coral de la cantata 147 de Bach *Jesus bleibet meine freude* y *Canticorum júbilo* de Haendel. El Coro de Navarra interpretó *Santa María* de Gounod en el ofertorio. ■



El vicepresidente Ayerdi solicita la colaboración del colectivo médico para captar reuniones científicas

El 30% de los congresos que se celebran en Navarra son de naturaleza sanitaria.

El vicepresidente de Desarrollo Económico, Manu Ayerdi, el consejero de Salud, Fernando Domínguez, y Javier Lacunza, gerente de la sociedad pública NICDO (Baluarte), presentaron al Colegio de Médicos la oferta y los servicios que ofrece Navarra para la celebración de congresos, reuniones y otros eventos de naturaleza científica o comercial, así como las posibilidades de desarrollo del turismo de salud.

hizo especial hincapié en la capacidad prescriptora de los y las profesionales de Navarra, una región referente en sistemas hospitalarios, investigación médica e innovación, como así lo atestiguan diferentes índices (Gini, OCDE, Barómetro Sanitario, etc).

El vicepresidente resaltó la trascendencia económica y social de las actividades vinculadas con la salud, dado que son "elementos determinantes de la competitividad

y la calidad de vida de la ciudadanía". Y subrayó la importancia de la colaboración público-privada para avanzar en su desarrollo.

De hecho, esta colaboración ya se produce en las mesas de trabajo que diseñan acciones en turismo MICE (congresos científicos, convenciones comerciales, reuniones y eventos de trabajo y viajes de incentivo) y turismo médico. Ambos foros están integrados por el Gobierno de Navarra, el Ayuntamiento de Pamplona, Baluarte, Sodena y otros agentes (Congresos Colegio de Médicos, hoteles, centros médicos, agencias de viaje, etc, según la mesa).

El turismo de reuniones tiene un impacto global (directo, indirecto e inducido) de 12,4 millones de euros en Pamplona, según recoge un estudio realizado por el Ayuntamiento para la mesa de

trabajo de turismo MICE. En torno al 30% de las reuniones y de asistentes se encuadran en el sector médico-sanitario, ligeramente por encima de la media española (24%). Le siguen, prácticamente con el mismo peso, las reuniones organizadas por la empresa privada, si bien el número de participantes es ligeramente inferior, cerca del 29%.



Los consejeros Ayerdi y Domínguez, durante la presentación celebrada en el Colegio de Médicos, en la que también participaron la concejala de Pamplona Patricia Perales; el presidente del Colegio, Rafael Teijeira y Javier Lacunza, de Baluarte.

El vicepresidente destacó el "gran potencial de crecimiento" de estos dos subsectores de la economía de la salud en la Comunidad Foral y solicitó la colaboración del colectivo médico y sanitario para contribuir a su desarrollo a través, fundamentalmente, de la presentación de candidaturas y la captación de eventos de sociedades médicas, incluidos los de carácter internacional. Ayerdi

Estrategias

Para fortalecer el turismo MICE (congresos, viajes de incentivos, jornadas, etc), se han desarrollado diversas estrategias centradas en la difusión del valor añadido de Navarra y, en particular, de Pamplona: infraestructuras modernas, vanguardia tecnológica, posición privilegiada como puerta de entrada de Europa, ciudad sostenible, calidad de los servicios y de la oferta turística, etc.

El objetivo marcado para MICE es mejorar la conectividad aérea y captar más citas internacionales y eventos importantes (más de 1.500 asistentes), también de más variada naturaleza (viajes de incentivo, por ejemplo, con el atractivo del Circuito de Navarra). Se van a reforzar las acciones comerciales en los mercados del Sur de Francia y Gran Bretaña, y también son prioritarios Alemania y EEUU.

Las entidades públicas colaboran con los promotores de estos eventos en la elaboración de candidaturas, acompañamiento en presentaciones, asesoramiento sobre servicios, suministro de guías y materiales, etc. ■



Colegiados y representantes de sociedades científicas en la presentación.

Congresos Colegio de Médicos: más de 20 años de experiencia

En la presentación de la oferta MICE, el presidente del Colegio de Médicos dio la bienvenida a autoridades y asistentes, y subrayó que el Colegio apoyará siempre todas las iniciativas que contribuyan a potenciar Navarra como un destino ideal para la realización de eventos profesionales y científicos, y que faciliten a los médicos las herramientas necesarias para la organización de sus jornadas, congresos, etc.

Recordó, asimismo, que la Fundación Colegio de Médicos de Navarra cuenta con una dilatada experiencia y una secretaría técnica para el desarrollo de eventos profesionales.

VENTAJAS PARA COLEGIADOS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La Fundación Colegio de Médicos de Navarra ofrece a colegiados y sociedades científicas condiciones preferentes en el uso de las instalaciones del Colegio y apoyo en la organización de congresos, jornadas, reuniones.

En la página web colegial (medena.es) se dispone de información completa de los criterios para la cesión y subvención de las salas y espacios, y el procedimiento para su solicitud y reserva.

Las ventajas que ofrece son:

1. Apoyo logístico:
 - Tarifa especial a colegiados y sociedades científicas en el uso de locales.
 - Cesión de salas auxiliares.
2. Apoyo técnico:
 - Difusión e información del programa.
 - Asesoría en diseño y trámite de la acreditación de la actividad en la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias.
 - Asesoría en trámite del Reconocimiento de Interés Sanitario.
 - Secretaría Técnica de la actividad acreditada.
 - Secretaría Científica.
3. Gabinete de Prensa.



Entrega de premios

El Dr. Teijeira anima a los jóvenes a dar ejemplo

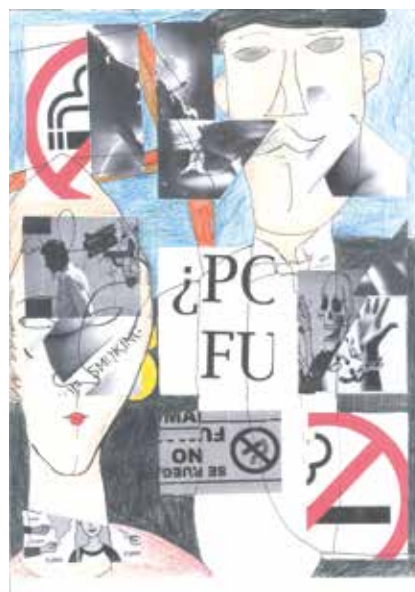
El Colegio de Médicos de Navarra se sumó a la celebración del Día Mundial Sin Tabaco, auspiciado por la OMS, que este año tiene como objetivo reducir su atractivo entre la juventud.

Más de 3000 adolescentes de 30 de centros educativos navarros han participado este curso en las actividades y propuestas que, con el objetivo de prevenir y retrasar el inicio del consumo, ha realizado el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), en colaboración con el Departamento de Educación y con los colegios profesionales de Médicos, Enfermería, Dentistas, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT).

Dichas propuestas de información-educación y materiales para el aula, incluían también un concurso de vídeos y carteles, dirigido al alumnado de 2º, 3º y 4º de ESO, Bachiller y Formación Profesional.

De los 14 montajes audiovisuales presentados al concurso, los que llevan por título "Papel" de Ana Aldaz, Laura Giménez, Uxúe Sarobe y Leyre Muñoz y "Quien consume a quien" de Ingrid Tavares y Álvaro Domínguez (todos ellos de 4º de Secundaria del IES Navarro Villoslada) se proclamaron ganadores del concurso de vídeo. Alba Vergara, estudiante de 3º de Secundaria del mismo centro escolar, resultó ganadora del concurso de carteles, en el que se recibieron un total de 14 trabajos. Los premios otorgados son una salida a un rocódromo o a una bolera para toda la clase.

La entrega de premios se realizó el pasado 31 de marzo, en un acto presidido por el consejero de Salud, Fernando Domínguez, en el que también participó el presidente del Colegio de Médicos de Navarra. El Dr. Rafael Teijeira animó a los jóvenes presentes en la sala a dar ejemplo. "Vosotros, los más jóvenes que habéis elegido la opción de no fumar, sois un ejemplo para que vuestros compañeros y adultos que fuman dejen de hacerlo. Os animamos a reforzar esta actitud que demuestra responsabilidad y madurez, optando por seguir un modo de



Cartel ganador de Alba Vergara.

vida más saludable y diciendo no al tabaco". Se refirió a la campaña impulsada por la Asociación

Española Contra el Cáncer bajo el lema "Sal conmigo del tabaco", que recoge una serie de recomendaciones, entre las que destacó la denominada "Puedes dar ejemplo".

El Día Mundial Sin Tabaco tiene este año como objetivo lograr el empaquetado neutro o genérico de las cajetillas de tabaco y reducir así su atractivo, especialmente entre los jóvenes. La publicidad de las propias cajetillas así como la publicidad indirecta en series y películas tienen un importante papel en el inicio del consumo de tabaco.

Entre 14 y 17 años, el porcentaje de chicas que fuma duplica al de chicos

El tabaquismo sigue siendo un importante problema de Salud Pública, ya que es la primera causa evitable de enfermedad y muerte en Navarra, y una epidemia que se puede prevenir.

Según la Encuesta de Juventud de Navarra 2013-2014, la edad de inicio al consumo de tabaco es de 15,3 años, y la edad media a la que se comienza a fumar todos los días es de 16,5 años. De cada 10 jóvenes, aproximadamente 6 nunca han fumado, 2 fuman ocasionalmente y 2 a diario, con una media de 8,7 cigarros/día, cifra que aumenta con la edad. En el grupo de 14 a 17 años, el porcentaje de chicas duplica el de chicos (10,2 y 5,3, respectivamente).

Retrasar la edad de inicio es importante para mejorar el nivel de salud de adolescentes y jóvenes dada su mayor vulnerabilidad a los efectos de las más de 7.000 sustancias químicas que contiene el tabaco y para reducir las enfermedades asociadas al mismo que aparecen a medio y largo plazo. Además, cuanto más se retrase, es más fácil que se fume menos o que nunca se haga.

XVII SEMANA SIN HUMO

“Casi un 65% de los encuestados navarros estaría a favor de un aumento del precio y los impuestos del tabaco”. Según se refleja en los datos de la Encuesta de la semFYC que han realizado a 1.031 pacientes en centros de salud de Navarra, siendo la tercera comunidad con mayor índice de participación.



Montse Elso y Victoria Güeto, en el Centro de Salud de Mendillorri.

Bajo el lema ‘Decídete a dejar de fumar, hoy es el día’, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) celebró la XVII Semana sin Humo, que se desarrolló entre el 24 y el 31 de mayo. Los centros de salud ofrecieron información, material divulgativo y la posibilidad de acceder a terapias a quienes deseen dejar de fumar.

Durante el pasado mes de mayo, la semFYC realizó, además, una encuesta a pacientes de los centros de salud -tanto fumadores como no fumadores- para preguntarles sobre el empaquetado genérico, la exposición al humo ambiental de los cigarrillos, la reglamentación del cigarrillo electrónico y el incremento de los precios e impuestos del tabaco. En total, se realizaron 9.333 encuestas a nivel nacional, de ellas, 1031 en los centros de salud de Navarra. Una cifra que, según destaca Victoria Güeto Rubio, coordinadora del GAT (Grupo de Abordaje al Tabaquismo) de la namFYC y responsable de la Semana Sin Humo en Navarra, “es muy alta, es la tercera comunidad con mayor participación, sólo superada por Cataluña y País Vasco”.

Datos de Navarra

En concreto, de los encuestados en Navarra, el 47,62% son hombres y el 52,38% mujeres. De ellos, el 21% eran fumadores (cifra que desciende por quinto año consecutivo), el 36,75% nunca había fumado y el 42,19% se declaraban exfumadores (de los que un 81,6% lo dejó sin ningún tipo de ayuda ni medicación).

Del total de exfumadores, respecto al humo pasivo -y a pesar del cumplimiento mayoritario de la ley- todavía “el 39% de los encuestados en Navarra afirma que está expuesto en terrazas, el 11,63% en bares y restaurantes, y el 5,8% en su trabajo”.

Como datos llamativos, Victoria Güeto destaca también que “casi un 65% de los encuestados estaría a favor de un aumento del precio del tabaco (y un 47% en el caso de los fumadores). Sobre si dejarían de fumar en caso de aumentar el precio, dentro de los fumadores sólo un 9% lo dejaría, pero el 46% reduciría su consumo”.

Otro dato importante se refiere a la financiación de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar. “Un 63% estaría a favor de que se financiaran; y entre los fumadores, un 60% afirma que intentaría dejar de fumar si esto fuera así”.

Asimismo, se ha preguntado sobre la regulación del cigarrillo electrónico. En Navarra, “el 72% de los encuestados considera que su uso debería regularse igual que el cigarrillo tradicional”.

La encuesta semFYC también ha preguntado por el empaquetado genérico (cajetillas de tabaco en las que no aparecen publicidad, colores o logotipos que lo identifiquen con una marca, y que pretende que los paquetes dejen de resultar atractivos a los fumadores, en especial a adolescentes y jóvenes para que no inicien el consumo). En Navarra, casi la mitad de los encuestados desconocía esta medida.

En definitiva, según afirma la responsable de la Semana Sin Humo en Navarra, “la medida que, en opinión de los encuestados, se considera más efectiva para disminuir el consumo de tabaco es el aumento de los precios (así lo considera un 50% del total de los encuestados y el 54% de los que no fuman), mientras que para el 57% de los fumadores, sería la financiación de los fármacos”. ■



Hacía nuevos modelos de atención más coordinados, transparentes, sensibles y personalizados

El gerente del SNS-O plantea como uno de los principales objetivos que, al menos, un 20% de Servicios acrediten la realización efectiva de planes de mejora y actividades de autoevaluación.



Óscar Moracho, director Gerente del SNS-O y Alberto Lafuente, Secretario del Colegio de Médicos y codirector del programa.

Dentro del Programa de Formación en Gestión Clínica, que el Colegio de Médicos de Navarra lleva impulsando desde hace dos años, el pasado mes de mayo concluyó un nuevo Curso Básico de Gestión Clínica con el fin de "introducir y perfeccionar los conocimientos y habilidades de los participantes en la dirección y gestión de instrumentos asistenciales en la nueva Gestión Clínica".

En la inauguración, el Dr. José Ramón Mora, codirector del curso, destacó que "se trata de una formación realmente eficiente, ya que lo que se aprende redundará directamente en los pacientes y en la gestión de los equipos".

Además, el gerente del SNS-O, el Dr. Óscar Moracho ofreció la conferencia inaugural sobre "Los objetivos estratégicos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea", en donde expuso que uno de los principales ejes estratégicos de esta legislatura es garantizar un sistema sostenible y de calidad. Moracho enumeró las metas para ello: "conseguir que, al menos, un 20% de Servicios acrediten la realización efectiva de planes de mejora y actividades de autoevaluación; lograr que en el 75% de las especialidades se haya concretado la gestión integral de sus dos procesos principales; que todas las Unidades de Gestión Clínica cuenten con Cuadros de Mando de

Gestión Clínica propios; que el 100% de Unidades suscriban Pactos de Gestión; y que, al menos, 300 profesionales hayan participado de manera directa en grupos de mejora o de debate estratégico".

Fundamentos de la nueva gestión

El Dr. Luis Ángel Oteo, profesor emérito de la Escuela Nacional de Salud, comenzó el primer módulo del Curso de Gestión con una exposición sobre "Fundamentos de la nueva gestión clínica enfocada a la calidad, conocimiento y gobernanza de las organizaciones clínicas".

El profesor destacó que "la sociedad actual demanda una mayor transparencia de la práctica asistencial, así como un mayor conocimiento de los costos de la atención a la salud y al bienestar social, así como una mayor garantía sobre las competencias profesionales".

Por ello, según defendió, la medicina social organizada y autorregulada debe responder a estos desafíos "proponiendo nuevos modelos de atención más coordinados, transparentes, sensibles y personalizados". Y, por su parte, los colegios y sociedades profesionales "tienen competencia y capacidad para conformar la definición y control de una buena práctica asistencial, además de promocionar la profesionalidad como parte fundamental de su misión".

Con expertos de reconocido prestigio

El curso se ha impartido en modalidad mixta, con sesiones presenciales y tutoría interactiva en el Aula Virtual del Colegio Oficial de Médicos de Navarra (www.aulamedena.es).

Ha estado dirigido por los doctores José Ramón Mora Martínez (coordinador docente del IMIENS) y Alberto Lafuente Jiménez (secretario del Colegio de Médicos de Navarra y máster en Dirección Médica y Gestión Clínica). “El curso ha permitido que el médico conozca y comprenda la regulación normativa y los fundamentos que componen la nueva gestión clínica; adquiera y mejore su capacitación para gestionar y evaluar procesos, tecnologías y presupuesto clínico como instrumentos de eficiencia organizacional; y adquiera y mejore las habilidades para la dirección en equipos de alto rendimiento y abordar con eficacia los factores disruptivos que pueden aparecer en el servicio o unidad clínica”, puntualizó Alberto Lafuente.

El profesorado ha estado formado por destacados expertos en gestión clínica como Luis Ángel Oteo, Juan Ramón Repullo, José María Antequera Vinagre, Carlos Mingo, Antonio Sarriá y Alberto Infante; directivos de hospitales y centros sanitarios pioneros en gestión como María Codesido López, Sonia García San José, Juan Torres Macho y Cristóbal Belda; y expertos en recursos humanos y habilidades para altos directivos como Ana María Mora Ruiz, José Manuel Montero Guerra y Pablo Blasco Bocigas.

Retos en el uso eficiente de las tecnologías sanitarias

Antonio Sarriá, científico, director de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III entre los años 2006 y 2015, impartió una sesión sobre “Innovación y retos en el uso eficiente y evaluación de las tecnologías sanitarias”. Según afirmó, “tenemos que ser capaces de asignar los recursos y gastar dinero en aquellas tecnologías sanitarias que colectivamente, a la población en su conjunto, aporten más valor”.

En su intervención, explicó que el concepto de “tecnologías sanitarias”, no se refiere sólo a equipos o dispositivos, incluye cualquier tipo de intervención que se realiza en el Sistema

Sanitario, desde medicamentos, campañas de prevención, vacunaciones, etc.

En su opinión, “es una realidad que cada vez nos gastamos más dinero, mientras que los sistemas sanitarios disponen de menos dinero. Aquí se produce un conflicto evidente: las tecnologías son cada vez más caras, los pacientes son más complejos y con más necesidades, y los sistemas sanitarios tienen menos recursos”.

Por esta razón, continuó Sarriá, “es necesario establecer mecanismos que permitan asignar, de la manera más racional posible, los recursos a las necesidades”.

Es fundamental que esta asignación de recursos se realice mediante “mecanismos consistentes, sólidos, y con importantes componentes de transparencia y rigor metodológico, porque, de lo contrario, la población puede tener la sensación de que no se están financiando determinadas cosas simplemente porque no hay dinero, no porque no tengan valor”.

Antonio Sarriá aclaró que “siempre se van a tener que tomar decisiones que realmente limitan el acceso a determinadas tecnologías sanitarias a determinadas personas, esto es una realidad, que ya la estamos viviendo en la actualidad”. ■

Una apuesta estratégica

Este nuevo curso refuerza la apuesta del Colegio de Médicos de Navarra por la formación de sus médicos en gestión clínica. “Es responsabilidad del Colegio contribuir a la mejora global del sistema sanitario y formar a nuestros colegiados en herramientas de gestión, para que emerja el liderazgo de los médicos y se coloque al paciente en el centro del sistema”, subraya el Dr. Lafuente.

Durante el pasado año, el Colegio de Médicos de Navarra organizó dos cursos de gestión clínica y ha formado ya a más de 30 médicos en esta disciplina. El pasado mes de enero, los alumnos del Curso Avanzado de Gestión Clínica por Procesos presentaron 10 propuestas innovadoras de gestión clínica como resultado de siete meses de formación teórica y práctica.



Cambios en la valoración de lesiones en accidentes de tráfico

Médicos y abogados analizan las novedades de la nueva Ley.

♦ TRINI DÍAZ



Ponentes e invitados: Javier Ibáñez, Iñaki Pradini, Vicente Ferrer, Rafael Teijera, Lourdes Aldave, M^a José Beaumont, M^a Teresa Criado, Eduardo Murcia Sainz y José Sáez Rodríguez.

Un total de 50 médicos forenses, abogados y especialistas en valoración del daño corporal participaron en el Curso de actualización sobre los cambios introducidos por la Ley 35/2015, de carácter estatal, en el baremo empleado para valorar las lesiones producidas en accidentes de tráfico.

El curso, coordinado por el director del Instituto Navarro de Medicina Legal y Forense y presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijera, contó con la participación de los directores de los Institutos de Medicina Legal de Murcia (Rafael Bañón), Córdoba (José Sáez Rodríguez) y Aragón (Eduardo Murcia Sainz), los médicos forenses Iñaki Pradini y Vicente Ferrer, y el director de los Centros Médicos de Mapfre, Javier Alonso Santos.

El nuevo baremo para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación entró en vigor el pasado 1 de enero y sustituye a una normativa anterior de hace 20 años. "La anterior ley no diferenciaba los conceptos patrimoniales, es decir, se indemnizaba igual a todo el mundo con independencia de cuál había sido la pérdida de capacidad de los lesionados de generar ganancias. Ahora individualiza mucho más y se tiene en cuenta los ingresos de la víctima para calcular el perjuicio", aclaró Rafael Bañón, director del Instituto de Medicina Legal de Murcia.

La Ley identifica, además, nuevos perjudicados y conceptos resarcitorios que no estaban recogidos en el baremo anterior, como por ejemplo el perjuicio cutáneo (independientemente del estético, que

se mantiene). También añade un capítulo específico para los traumatismos cervicales menores, lesiones que superan el 75% de los casos en Institutos de Medicina Legal como el de Murcia. "Con la nueva Ley, las indemnizaciones van a ser similares o incluso menores porque cambian algunas cuantías asociadas a los días de incapacidad. Asimismo, se exigirá un informe médico para certificar la existencia de secuelas como consecuencia de estas lesiones menores".

Cabe destacar que este baremo, aunque se refiere a las lesiones producidas en un accidente de tráfico, tiende a aplicarse en la práctica a modo orientativo en la Administración de Justicia para valorar otras indemnizaciones relacionadas, por ejemplo, con accidentes laborales o delitos dolosos como agresiones. ■

Un cambio de paradigma «que beneficia a todos»

RAFAEL BAÑÓN GONZÁLEZ ES DIRECTOR DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE MURCIA Y, EN CALIDAD DE PRESIDENTE DEL CONSEJO MÉDICO FORENSE, HA SIDO ASESOR PARA LA ELABORACIÓN DE LA NUEVA NORMATIVA.

¿Qué cambios implica la nueva Ley para los ciudadanos?

La resolución de los conflictos que cualquier ciudadano pudiera tener con la compañía de seguros para cuantificar su indemnización va a tener una nueva vía de resolución, que está mucho más volcada en la participación de los particulares y la mediación. La nueva Ley desarrolla un sistema de oferta motivada y de solicitud de indemnización que se hace directamente a la compañía y que busca que los jueces intervengan lo menos posible. De esta forma, se disminuyen los tiempos de tramitación y los sufrimientos asociados al propio accidente de tráfico. La ley tiene un objetivo social muy loable, que lo consiga o no dependerá de su propio desarrollo y de cómo nos comportemos los participantes.



¿A quién beneficia?

Beneficia a todos, porque corrige algunas injusticias que había en el sistema de valoración. Si hacemos un análisis desde el punto de vista del lesionado o los familiares, en los casos de lesiones leves no hay mucha variación, pero hay un incremento importante de la cuantía de indemnización en lesiones graves o muerte. La víctima será también indemnizada por gastos sanitarios futuros, adecuación de vivienda o vehículos, etc.

¿Subirán las primas de las compañías de seguro?

Si aumentan las cuantías es muy probable que también lo hagan las primas. Ahora bien, dentro de la exposición de motivos se reconoce que había un cierto margen de maniobra -los beneficios de las compañías de seguro permitían esta adecuación-. Hay que tener en cuenta que las indemnizaciones de gran cuantía afectan a muy pocos casos y, por tanto, la repercusión no es tan grande, y que existe el reaseguro por lo que no necesariamente las primas se tienen que ver incrementadas a corto plazo, no sabemos qué pasará en el futuro.

¿Qué papel otorga al médico?

Hasta ahora no estaba claro quién debía aplicar el baremo, pero la nueva ley otorga al médico esa responsabilidad. Introduce nuevos

conceptos que deben ser manejados por el médico y que tienen que ver con cuestiones patrimoniales como el gasto sanitario, rehabilitación, ayudas a la movilidad o adecuación de vivienda (el médico tendrá que determinar su necesidad). Hay, además, una serie de secuelas especiales, que se basan en lesiones de cierta complejidad, que necesitarán obligatoriamente el informe de un especialista. Es aconsejable que el médico asistencial conozca este baremo porque puede ocurrir que tenga que hacer informes adaptados.

¿Cómo afecta al funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal y Forense?

Es un cambio de paradigma radical. Hasta ahora el forense intervenía obligatoriamente en todos los procedimientos de accidentes de tráfico que iban a la vía penal, pero ahora esa vía desaparece, por lo que el perito trabajará en un ámbito prejudicial o extrajudicial. El informe ya no lo pedirá el juez sino el propio lesionado, por lo que el acto médico estará sujeto a reglas más parecidas a un acto asistencial que pericial. Es decir, necesita el consentimiento y la participación voluntaria del lesionado. Se introduce, además, un precio público que da valor a estas pericias y que revertirán en el propio Instituto. ■



De la somatización a la simulación: síntomas no explicados médicamente

• IDOIA OLZA

Mutua Navarra y el Colegio de Médicos de Navarra han organizado seis sesiones formativas de actualización clínica en patologías incapacitantes, repartidas en dos ciclos, en las que se abordan cuestiones de salud pertenecientes a ámbitos tan diversos como el coaching, la esfera psico-social, la rehabilitación neurológica o las patologías musculoesqueléticas. Las sesiones comenzaron en abril y finalizarán en diciembre. El objetivo principal: 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 el marco específico de la salud laboral, enfermedad profesional y accidentes de trabajo.

El primer ciclo se inició el pasado 4 de abril con una sesión titulada “De la somatización a la simulación. Síntomas no explicados médicamente”, impartida por el prestigioso psiquiatra, el Dr. Juan Carlos Giménez, profesor titular de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, y director médico del Gabinete de Psiquiatría, Psicología y Psicoterapia de Zaragoza.

Tal y como explicó el psiquiatra, “en muchas ocasiones nos encontramos con una serie de enfermedades que no tienen explicación médica que justifique el cuadro clínico, pero sí que están bien definidas en psiquiatría con términos como histeria, hipocondría, etc; y en términos médicos están explicadas como síntomas funcionales, somatizaciones. El hecho de que una persona tenga una enfermedad que no está en nuestros códigos, no quiere decir que no sea un paciente”.

De este modo, “hay una serie de síntomas funcionales, muy frecuentes, que no están explicados médicamente –dolor de cabeza, movimientos de tripas, tos nerviosa–, pero que son muy discapacitantes, y lo que hacen es complicar el tratamiento y la evolución. Estos síntomas funcionales se van a vivir de forma diferente en función de la experiencia personal de cada individuo. Estos síntomas no son signos, no se pueden objetivar (por ejemplo, el dolor), pero esta falta de objetividad se puede suplir con un buen ojo clínico que se adquiere con la experiencia, y tiene más peso muchas veces que las pruebas médicas. Esos síntomas son muy frecuentes, explican mucha patología, y muchas veces van asociados con otras patologías médicas (las más frecuentes, la depresión y la ansiedad), y en muchas ocasiones si tratamos esta comorbilidad –de ansiedad y depresión– mejoraremos el síntoma físico que padece el paciente”.

A continuación, se refirió a los beneficios, es decir, lo que obtiene el paciente de la enfermedad, y diferenció entre beneficios primarios y secundarios. Los primarios “suponen la única salida que tiene el paciente a una situación de tensión interna producida por un conflicto, el paciente está mejor enfermo que sano (son los pacientes hipocóndricos, histéricos, algunos depresivos), y juegan un papel fundamental en la aparición de la enfermedad. Por su parte, los beneficios secundarios aparecen una vez que se ha producido la enfermedad y tienen su importancia en la cronificación del cuadro; son los beneficios que la sociedad otorga a una enfermo por el hecho de ser paciente (derecho a baja laboral, subsidio, o una indemnización)”.



Inauguración de las sesiones. De izda a dcha, Juan Carlos Giménez, psiquiatra; Enrique Martínez, vicepresidente del Colegio Médicos; Ángel Recarte, director de Mutua Navarra; y María Caballero, coordinadora del ciclo formativo.



Público asistente a la primera sesión del Ciclo Salud de los pies a la cabeza.

Pacientes somatizadores

Dentro de los más enfermos, el experto se refirió a los pacientes somatizadores. "Estos pacientes, por definición, tienen un nivel alto de estrés que les produce una distonía neurovegetativa (por ejemplo, las úlceras producidas por estrés). Existen enfermedades donde el mantenimiento durante mucho tiempo del estrés termina produciendo una somatización, que es la disfunción, no llega a producirse lesión, pero sí se puede objetivar".

No existe una personalidad que caracterice a los somatizadores, pero sí determinados rasgos: "el individuo que es capaz de hablar y mostrar sus conflictos es una persona que no va a somatizar; en cambio, el individuo que no es capaz de hablar de sus emociones muchas veces acaba somatizando".

Pacientes conversivos

En estos casos, aparece patología aparentemente física, pero sin evidencias complementarias y con manifestaciones psicológicas que justifican esa situación. Es un trastorno grave, mal diagnosticado. "Muchas veces cuando se realiza el seguimiento de estos pacientes a 5/10 años vista muchos de ellos han fallecido por causa de algún cáncer, con lo cual no sufrían un trastorno de conversión, tenían el inicio de una enfermedad maligna, que fue mal diagnosticada porque no se encontró la causa. Este trastorno puede ir acompañado de síntomas motores o físicos".

Trastorno facticio

En este tipo de trastorno hay presencia de síntomas y signos clínicos que están producidos intencionadamente por el paciente. "El paciente, explica el Dr. Giménez, se provoca las enfermedades, lo que busca es estar enfermo porque le va a permitir un nivel de salud mental mayor que si estuviera sano. Al paciente le gusta estar físicamente enfermo, y con ello no busca ningún beneficio secundario (baja laboral, indemnización, etc). El individuo muestra un patrón persistente de producción intencionada o simulación de síntomas o se autoinflinge heridas para producir síntomas".

Se trata de un trastorno poco frecuente, pero que, según el psiquiatra, se ve en bastantes ocasiones en el colectivo de enfermería, en general, en personas muy relacionadas con el medio sanitario. Los principales métodos utilizados para fingir son los siguientes: exageraciones del dolor, molestias y discapacidades; representaciones teatrales de síntomas y signos de enfermedad; intentos para alterar las muestras de sangre, heces y orina para producir resultados positivos en la analítica; manipulación del estado físico para producir síntomas; manipulaciones que provocan un daño físico real –como autoinocularse bacterias–.

Los trastornos psíquicos más fingidos son la depresión, el trastorno de estrés postraumático, el duelo, el deterioro cognitivo, los trastornos por dolor y el trastorno de identidad disociativa.

"Con estas personas, puntualizó el Dr. Giménez, hay que evitar la confrontación, y es importante ayudarles a buscar una salida".

Simulación

En la simulación, el individuo imita, de forma voluntaria, trastornos o síntomas, con el fin de conseguir beneficios secundarios (baja laboral, indemnización, etc).

En la neurosis de renta, hay una imitación de trastornos y una búsqueda de beneficios secundarios, y en los trastornos somatomorfos y disociativos, hay también imitación de trastornos y beneficios primarios, pero no secundarios. Existen simulaciones de una alteración física, de un déficit cognitivo, de trastorno de estrés postraumático, y de psicosis.

Disimulación

Para finalizar, el psiquiatra también se refirió a otro trastorno, "el de la disimulación de enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, en los casos de depresión graves, hay personas que disimulan que la tienen para poder llevar a cabo sus planes suicidas. Por lo general, las patologías que se intentan disimular son los delirios –sobre todo el delirio sensitivo de interpretación–, el delirio celotípico, la patología querulante y la depresión– especialmente los depresivos graves–".



Hombro doloroso: consulta médica de una patología difícil



Por
**IÑIGO
ORRADRE
BURUSCO.**
Médico
Especialista
en Cirugía
Ortopédica y
Traumatología.

La articulación del hombro es fundamental para el desarrollo de nuestras actividades. Nos permite sostener con precisión los movimientos de toda la extremidad superior, y por su gran movilidad, posibilita que llevemos la mano casi a cualquier punto del espacio que nos rodea.

Diversos estudios científicos publicados detallan que hasta la mitad de la población adulta puede llegar a padecer dolor en la región del hombro a lo largo de un año; y la mitad de estas personas acudirá a su médico en busca de una solución. Y es que, el hombro doloroso es un problema de salud de primer orden, tanto por su frecuencia como por sus consecuencias: sintomatología persistente, interrupción del descanso nocturno, limitación para el desempeño de las actividades de la vida diaria y/o laboral. Todo esto conlleva importantes costes económicos y un detrimento de la calidad de vida en nuestra sociedad.

El hombro es una articulación de una anatomía y biomecánica compleja, por lo que cuando duele no resulta sencillo determinar qué estructura de la articulación está lesionada, provocando el dolor. Esta complejidad de estructuras y la gran variedad de

cuadros dolorosos que pueden generar sus lesiones, complica la labor diagnóstica del médico, que con frecuencia se encuentra perdido en su empeño por determinar el origen del dolor de hombro. Y en medicina resulta muy difícil poner solución a un dolor del que se desconoce su origen. Además, para el paciente que acude a consulta por un hombro doloroso, no suele ser sencillo expresar cómo es su dolor o qué gestos lo provocan, dado que su sintomatología no suele ser muy clara ni fácil de describir.

Los mayores expertos del mundo en hombro doloroso insisten en que con una buena anamnesis y una exploración física bien orientada, se puede diagnosticar la mayoría de las causas que provocan un hombro doloroso. Recientemente se está recomendando incluir en esta aproximación inicial al hombro doloroso, la utilización de la ecografía, ya que permite, en la misma consulta, un estudio dinámico, sencillo y de bajo coste de la articulación; y sobre todo, porque nos da una visión directa de la anatomía, lo que en la mayoría de los pacientes confirma nuestra sospecha o nos guía a localizar el origen del dolor.

El objetivo de la jornada sobre "Hombro doloroso: exploración y diagnóstico diferencial", que impartí dentro del ciclo *Salud de los pies a la cabeza*, fue intentar transmitir una metodología básica y sencilla en el abordaje de la anamnesis y exploración física del hombro doloroso, de forma que ayude al médico a diagnosticar, sin tanta dificultad, el origen del dolor en un hombro. La

sesión sirvió, además, para introducir imágenes y conceptos básicos de ecografía de hombro ya que, en un futuro inmediato, la ecografía va a resultar un complemento fundamental para el médico que tenga ante sí a un paciente con un hombro doloroso en la consulta.

PROGRAMA CICLO 2



20 Octubre (De 18:00 a 19:30)

El bienestar psicológico: enfoque potenciador de la salud.

Rafa Mayorga, responsable de Promoción de la Salud en el Trabajo de Mutua Navarra.

17 Noviembre (De 18:00 a 19:30)

Inestabilidad de rodilla en Atención Primaria.

Dr. Ángel Recarte Pérez de Ciriza, COT.

15 Diciembre (De 18:00 a 19:30)

Aspectos básicos en la rehabilitación de enfermedades neurológicas.

Dr. Manuel Murie Fernández.
NEUROLOGÍA.

Los participantes en el primer Ciclo tienen reserva de plaza para el siguiente y se abrirá nuevo plazo de inscripción, en el mes de septiembre, a través de la web colegial.

III Congreso Nacional de Deontología Médica

Una comunicación sobre bioética y big data, de la Dra. Pilar León, obtiene el segundo premio

La Dra. Pilar León, secretaria de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra, logró el segundo premio de comunicaciones en el III Congreso Nacional de Deontología Médica, que se celebró en Alicante del 19 al 21 de mayo. La comunicación premiada lleva por título "Bioética y explotación de las bases de datos de prescripción farmacéutica" y forma parte de una investigación más amplia, realizada en colaboración con la Sociedad Española de Informática de la Salud, sobre la bioética de la explotación de grandes conjuntos de datos o big data.

La Dra. León, profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, explica que "cada vez es

mayor el volumen y la variedad de datos almacenados, relacionados con la salud. También han aumentado las posibilidades de la tecnología respecto al análisis de estos datos, lo cual es conocido por el término inglés data mining o minería de datos. Se trata de la aplicación de algoritmos a las grandes bases de datos, con el fin de descubrir patrones y tendencias hasta ese momento desconocidas".

La comunicación premiada revisa algunas cuestiones bioéticas, a propósito de varios casos de venta de datos de prescripción para la comercialización de productos farmacéuticos que se produjeron en Estados Unidos y en el Reino Unido. "La explotación de las grandes bases de datos –aclara la Dra.

León– es una práctica social compleja, donde existen tensiones y posibles conflictos de intereses. Utilizar con fines lucrativos los datos obtenidos de las actividades asistenciales o de investigación, erosiona la confianza de la sociedad en el ámbito biomédico".

El análisis de los casos comentados insiste en la necesidad de que haya transparencia en las relaciones entre la industria y los gestores sanitarios. "En general, la minería de datos ha modificado los conceptos clásicos de confidencialidad. Por lo que se han de desarrollar regulaciones que proporcionen confianza social y seguridad. Sería un modo de reducir el daño y de proteger los derechos humanos básicos.", concluye Pilar León.



Esencia y guía

El III Congreso de Deontología Médica, con el lema "Nuestra esencia y guía", reunió a presidentes, juntas de gobierno y miembros de las comisiones deontológicas de los Colegios de Médicos españoles, con el objetivo de abordar los retos que impone la sociedad actual al desarrollo de la actividad médica.

Se abordaron temas como la relación de los médicos entre sí y con otras profesiones sanitarias, la ética en la gestión de los recursos sanitarios, la asistencia médica al menor maduro, los conflictos deontológicos en torno a las vacunas o la mediación como herramienta para solución de conflictos extrajudiciales. ■

La Dra. León en la presentación de la comunicación premiada.

La práctica deportiva en la población infantil y adolescente

• IDOIA OLZA

Mejorar los conocimientos de los pediatras en los temas controvertidos de la nutrición y actualización en el diagnóstico y abordaje de las patologías más prevalentes o preocupantes durante la práctica de deporte, fueron los principales objetivos de las XVIII Jornadas de Pediatría que se celebraron, en la sede del Colegio de Médicos, los días 18 y 20 de abril. Las jornadas fueron organizadas por la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE) que agrupa un total de 147 pediatras.

Según explicó la Dra. Amalia Ayeche, pediatra en el Centro de Salud de Larraga y vocal de ANPE, "en los últimos años estamos observando que la población infantil y adolescente está realizando, cada vez con más frecuencia, ejercicio deportivo semi-profesional, y este aumento en la exigencia del ejercicio hace que en nuestras consultas las patologías más demandadas sean los síncope y la valoración cardiológica de los niños-adolescentes deportistas". Por ello, la primera parte de las Jornadas estuvo dedicada a estas dos cuestiones.

La Dra. Patricia Martínez, de la sección de Cardiología Pediátrica del Servicio de Pediatría del CHN-B, impartió una sesión sobre el "Síncope en el niño-adolescente deportista". Definió el síncope como un episodio que origina una caída por una pérdida del tono, un estado de inconsciencia por una pérdida brusca de la conciencia. Se puede originar por dos mecanismos diferentes: por una

disminución del riesgo arterial cerebral, o por una disfunción de la actividad neuronal.

Explicó los diferentes tipos de síncope: autonómico, neurológico y el síncope de origen cardíaco, y matizó, que "siempre después de un primer episodio de síncope es necesario realizar un electrocardiograma".

Sobre el síncope cardíaco, la Dra. Martínez expuso un decálogo de signos y síntomas de alarma: edad temprana menor de 6 años; sedestación o decúbito durante o justo después del ejercicio; el paciente, en la clínica previa, se refiere a disnea con ejercicio; palpitaciones o dolor torácico previos a sincoparse; si la duración del síncope es prolongada (más de 1 minuto); si se ha producido ingesta de tóxicos, fármacos o drogas; exploración cardíaca anómala (soplos, electrocardiograma, Rx); y antecedentes familiares cardiológicos (cardiopatías, arritmias, muerte súbita por debajo de los 30 años).

También habló sobre la muerte súbita cardíaca en el deportista, que la definió como toda aquella que acontece durante el ejercicio físico o en la hora siguiente después



Dras. Ana Martínez Rubio y Verónica Etayo, en las Jornadas de Pediatría.

de haber finalizado. "La inmensa mayoría de las muertes súbitas, el 90%, afirmó la pediatra, se producen durante la práctica de deporte recreativo, es decir, en los no federados, y sólo en el 0,3% de los casos existen anomalías cardiovasculares que predisponen al joven deportista a episodios de muerte súbita. Además, en las muertes súbitas de origen cardiológico, al menos el 25% se habían manifestado previamente con síncope".

En España, el reconocimiento médico pre-deportivo se realiza sólo a federados (e incluye la realización de electrocardiograma). Para intentar suplir el vacío que existe para el resto de niños y adolescentes que practican deporte, pero que no están federados, la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas editó, en febrero de 2015, una "Guía clínica de evaluación

cardiovascular previa a la práctica deportiva", dirigida a los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial tanto en Atención Primaria como en centros especializados donde se ofertan servicios médicos deportivos.

"El objetivo de la Guía es servir de herramienta para la protección de la salud de los jóvenes deportistas mediante la detección precoz de cardiopatías ocultas en las primeras etapas de la vida de los niños que comienzan a practicar actividades físico-deportivas, antes de que den síntomas que puedan resultar fatales", concluyó la Dra. Patricia Martínez.

"Si se practica deporte, por lo menos un electrocardiograma"



Dra. Uxua Idiazabal, cardióloga de la Clínica San Miguel, impartió una sesión sobre valoración cardiológica del niño-adolescente.

La Dra. Uxua Idiazabal, cardióloga en la Clínica San Miguel de Pamplona, impartió una sesión sobre "Valoración cardiológica del niño-adolescente". El objetivo principal del reconocimiento cardiológico es detectar anomalías cardiovasculares que puedan constituir un riesgo vital o de enfermedad para el niño

y el adolescente, relacionadas con la práctica deportiva.

La muerte súbita relacionada con el deporte, según explicó la Dra. Idiazabal, es poco frecuente. "En los deportistas menores de 30-35 años, en muchas ocasiones la causa es una cardiopatía (congénitas y genéticas), y la incidencia es mínima; y en los mayores de 35 años, donde la incidencia de muerte súbita es mayor, la causa más frecuente es la angina o el infarto".

La cardióloga expuso las principales conclusiones de un estudio que realizaron desde septiembre de 2013 hasta marzo de 2016, en La Rioja, a 1.781 deportistas federados de 16 años. A todos ellos se les realizó una revisión que incluyó historia familiar y personal, examen físico, electrocardiograma y ecocardiograma doppler, y si se detectaban alteraciones, se derivaban a Cardiología. "Los resultados indican la importancia de introducir las dos técnicas (electrocardiograma y ecocardiograma) en la valoración previa de los deportistas, con el fin de mejorar la eficacia de los programas de prevención de la muerte súbita del deportista, con sus limitaciones de especificidad y sensibilidad. Por un lado, el electrocardiograma resulta muy útil en los deportistas más jóvenes, como herramienta diagnóstica inicial; y el ecocardiograma, en los casos de sospecha de cardiopatía".

Como conclusión final, y a modo de eslogan, planteó una reflexión personal: "Si practicas deporte, por lo menos un electrocardiograma".

Las jornadas también incluyeron mesas redondas sobre "Lesiones musculoesqueléticas en niños y adolescentes deportistas" y "Controversias en la alimentación del lactante. Nuevas tendencias en la alimentación infantil y Baby Led Weaning". ■

Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria

Entrega de dos donativos de 1.500 euros a Medicus Mundi y a Médicos del Mundo



El pasado, 25 de abril, coincidiendo con el 30 aniversario de la aprobación de la Ley General de Sanidad, la norma fundamental que configuró el actual sistema sanitario español, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (nam-FYC) entregó dos donativos de 1.500 euros, uno para Medicus Mundi y el otro para Médicos del Mundo.

En el acto de entrega, que tuvo lugar en la sede Colegio de Médicos, estuvieron presentes la presidenta de la Asociación Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, Patricia Alfonso, que estuvo acompañada de Santos Induráin (vocal de Comunicación) y Sonia Martín (tesorera), y por parte del Medicus Mundi, Mirentxu Cebrián, y de Médicos del Mundo, Javier Cañada.

La Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, que agrupa a más de trescientos cincuenta médicos de familia de Navarra acordó, hace ya tres años, en asamblea de socios donar el 0,7% de sus cuotas a ONG. El primer año se lo entregaron al comedor social Paris 365.

Este gesto de colaboración con entidades de reconocida trayectoria en favor de la salud de los más desfavorecidos se enmarca en la línea de la Sociedad de apoyo a estos colectivos.



Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia

El Dr. Manuel Mozota, presidente de la primera Junta Directiva de SEMG-Navarra

Formación, investigación y colaboración institucional.

• TRINI DÍAZ



Dr. Manuel Mozota Núñez.

La Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG-Navarra) ha elegido a los miembros de su primera Junta Directiva, que estará presidida por el especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, el Dr. Manuel Mozota Núñez. Completan la nueva Junta Directiva las doctoras Ana Puig Arrastio, en la vicepresidencia; Mariví Uhalte Sevilla como tesorera; y el doctor Miguel Guerrero Pérez, en la secretaría.

La citada Sociedad contaba, desde el año 2009, con una Junta gestora. Comenzó con unos 12 socios y, hoy en día, tiene más de 50 médicos asociados. El incremento de socios y de actividad –más de 100 médicos han colaborado en sus acciones formativas– llevó a esta Sociedad de médicos de Primaria a convocar elecciones para la elección de su Junta Directiva, siendo la candidatura del Dr. Mozota la única que se presentó a los comicios y que, por tanto, se ha proclamado ganadora sin necesidad de elecciones.

La nueva Junta se plantea como objetivo principal “fomentar el desarrollo de la Atención Primaria, dando formación a sus médicos e intentando dar soluciones a los profundos problemas que tiene tanto en el ámbito laboral como humano. Queremos ser un interlocutor válido entre los médicos y la sociedad de Navarra, para que los pacientes encuentren a los

médicos mejor formados e ilusionados en su labor del día a día”. Por último, expresan su intención de colaborar con la administración sanitaria “en los problemas de nuestro complejo mundo sanitario, intentando dar soluciones imaginativas pero realistas, y poniendo la Atención Primaria en el lugar que le corresponde y que nunca debió perder”.

Para ello, continuarán ofreciendo formación a los médicos, apoyando la investigación y fomentando el desarrollo integral del médico de Atención Primaria.

Enfermedades infecciosas en Primaria

La primera acción desarrollada por la nueva Junta Directiva de SEMG Navarra tuvo lugar el pasado 14 de abril, con un curso de formación en enfermedades infecciosas respiratorias, al que asistieron unos 40 médicos.

Los expertos reunidos debatieron, entre otras cuestiones, el abordaje en la consulta del *streptococopneumoniae*, la causa más frecuente de neumonía. “Esta bacteria puede estar de manera asintomática en la fosas nasales de muchos individuos, lo que les convierte en portadores, pudiendo propagar la enfermedad”. Los médicos subrayaron, además, la importancia de la vacunación contra el neumococo en pacientes inmunosuprimidos y en aquellos inmunocompetentes con patología de base añadida. ■



Formación en Ictus isquémico

El 25% de los ictus isquémicos son recurrencias de un evento previo.

Un centenar de médicos de Primaria asistieron al curso de actualización en prevención secundaria del ictus isquémico, organizado por la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG-Navarra), el pasado 21 de abril, en el Colegio de Médicos.

Según datos aportados por el Dr. Manuel Mozota, presidente de SEMG-Navarra, en España la enfermedad cerebrovascular constituye la primera causa de mortalidad específica en mujeres y la tercera en varones. Cada año, en Navarra, más de 1.200 pacientes ingresan por un ictus (el 87% isquémicos) y de éstos el 25% son recurrencias de un evento previo. La edad media de los pacientes ingresados es de 73,4 años y la enfermedad causa en los supervivientes un importante grado de discapacidad residual (cognitiva, verbal, motora...).

Según la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia del INE (2014), unas 330.000 personas tienen discapacidad por ictus en nuestro país. Esto significa que el ictus es la primera causa de discapacidad de origen en la vida adulta, sobre todo en la población anciana, y por consiguiente de merma en la calidad de vida.

El presidente de SEMG-Navarra explica que "la prevención primaria y las medidas de prevención secundaria constituyen un aspecto fundamental para hacer frente al ictus y a sus recurrencias. Éstas se fundamentan en dos pilares, el control de los factores de riesgo y el tratamiento específico. El trabajo en equipo de los especialistas de Atención

Primaria y los neurólogos de las Unidades de Ictus es esencial para lograr reducir las graves consecuencias y la enorme repercusión sociosanitaria de la enfermedad". ■



Asistentes al curso de actualización.

Actualización en Oncología de Cabeza y Cuello

Durante los días 3 y 4 de mayo, se ha desarrollado en el Colegio de Médicos un curso sobre Actualización en Oncología de Cabeza y Cuello, organizado por los Comités de Tumores Laríngeos y de Maxilo-Facial del Complejo Hospitalario de Navarra y coordinado por el Dr. Fernando Arias de la Vega, de la Unidad de Cabeza y Cuello del Servicio de Oncología Radioterápica y perteneciente a ambos Comités.

El Curso, en el que han participado 40 médicos relacionados con esta patología y de Atención Primaria, ha abarcado desde el diagnóstico precoz y signos de alarma, hasta los diferentes tratamientos (cirugía, radioterapia y quimioterapia o la combinación de ellos). Especial atención se ha puesto en otros aspectos, a menudo olvidados, como los efectos secundarios tardíos y su manejo, o los psicológicos que tan frecuentemente afectan a estos pacientes y a sus familiares.

El Dr. Arias destaca la positiva valoración de los participantes y la alta puntuación otorgada en su acreditación (2.08 créditos) "para una actividad de estas características y de sólo nueve horas de duración". Las respuestas test de los alumnos revelan, además, que se ha logrado el principal objetivo del Curso "que era dotar a los profesionales no especialistas de los conocimientos mínimos convenientes para manejar adecuadamente a estos pacientes".



LAS LISTAS DE CONTRATACIÓN

¿ES EL SISTEMA MÁS ADECUADO?



• **DR. EDUARDO PORTILLO**
JEFE DE SERVICIO DE
NEUROCIRUGÍA DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO DE NAVARRA.

Hace ya bastantes años, cuando el sistema sanitario de nuestro país se encontraba en sus fases tempranas de desarrollo, nacían nuevos hospitales mientras otros se modernizaban, y dentro de ellos se creaban y ampliaban los servicios que incluían dichos hospitales. La oferta de trabajo superaba a la demanda y no existían problemas a la hora de cubrir las plazas que se iban ofertando, generalmente ocupadas por los médicos que terminaban su formación en el propio servicio y, ocasionalmente, por especialistas que venían de otros centros. Esta contratación se realizaba por decisión técnica del Jefe de Servicio, de la Dirección del propio centro o de ambos.

“El actual sistema de baremación es insuficiente y debe ser revisado para permitir seleccionar al que esté mejor preparado”

Sin embargo, el paso del tiempo y el incremento progresivo de médicos en formación y formados ha conllevado a que la demanda de un puesto de trabajo supere con creces a la oferta de plazas. La anterior forma de hacer la selección de personal “a dedo”, en la actualidad no respeta los derechos de los candidatos ni asegura que el seleccionado sea el más idóneo para la plaza ofertada; por lo tanto y sin ningún género de duda: elección a dedo ¡no, gracias!

Con el objetivo de resolver el problema de esta nueva situación de desequilibrio se llegó a un acuerdo entre algunas de las partes implicadas para crear unas listas de contratación en las que se ordenaban a los aspirantes según una baremación.

Este sistema parece más justo y, sin embargo, ¿lo es realmente? Podemos valorar la forma en que se establece esta valoración con unos datos extraídos del BON nº 167 del 26 de agosto de 2014. Sólo comentaré algunos de ellos:

- 1** En caso de empate en el baremo obtenido por los candidatos (supuesto que se puede dar en los que acaban de terminar su formación especializada y con listas todavía cerradas), se prioriza a quien se haya inscrito en primer lugar.
- 2** Se asigna la siguiente puntuación por año trabajado: 1'5 puntos si es en centro público y 0'75 si es en centro privado. No existe límite.
- 3** Puntuación asignada por comunicaciones: 0'2 puntos en congresos internacionales, 0'1 en nacionales y 0'05 en regionales. Máximo 3 puntos.
- 4** Puntuación por publicaciones en revistas científicas: dependiendo de su **factor de impacto** serán 0'5, 0'3 ó 0'1. Máximo 3 puntos.
- 5** Publicaciones en libros con ISBN, se asignarán 0'3 puntos por libros, siendo también el máximo 3 puntos.

“La experiencia y el conocimiento del lugar donde se va a desempeñar la labor asistencial debería ser uno de los puntos más fuertes del baremo”

- Aún con estas consideraciones, es cierto que el tiempo trabajado y el curriculum deben ser valorados de forma ponderada, pero no debemos olvidar que buscamos médicos y no literatos. Por esta razón, es de suma importancia valorar la actividad profesional del aspirante, el número de intervenciones que ha realizado en el caso de un especialista quirúrgico, en qué centro hospitalario ha recibido formación y en qué áreas está más capacitado. Aparecen en este punto cuestiones del tipo cómo y quién valora estos últimos aspectos. Nuestra sociedad está cada día mejor informada y demanda cada vez un mayor nivel asistencial, se necesitan médicos no solamente especializados sino “super-especializados”, con un determinado perfil profesional y unas aptitudes concretas para una determinada labor dentro de cada servicio. Surge en esta situación la posibilidad de ofrecer “plazas perfiladas”, las cuales pueden ser unas veces imprescindibles, otras necesarias, aunque también podrían ser utilizadas de forma poco justa por lo que deberían ser consensuadas por miembros del Servicio, Dirección, Servicios Centrales y Sindicatos.

En cualquier caso no podemos olvidar que, además de respetar los derechos de los aspirantes, por encima de todo debemos tener en cuenta la salud y bienestar de los pacientes, por lo que debe ser una obligación escoger, de entre todos los candidatos, a aquellos que estén mejor preparados.

Lo primero que nos llama la atención es que, en muchos casos, tan sólo apuntarse primero te da una ventaja definitiva que posiblemente será muy difícil, si no imposible, de superar. No es justo.

También llama la atención la segregación de servicios por públicos y privados, sin tener en cuenta su categoría y calidad asistencial.

Una vez valorado el baremo apreciamos que:

- Está sobrevalorado el tiempo trabajado, lo que convierte estas listas prácticamente en un ascenso por antigüedad; así, un año de trabajo=1'5 puntos, lo que equivale a dos conferencias internacionales más una publicación en una revista internacional de máximo impacto y dos publicaciones en libros con ISBN. Y todo en un año. Como las listas se quieren abrir cada 2 años serían tres puntos de ventaja muy difíciles de recuperar. Aún peor, muchos candidatos que han llegado al máximo en los apartados 2, 3, 4 y 5 jamás podrán situarse en el puesto de cabeza y tan sólo pueden limitarse a estar en una lista de espera y dejar que vayan pasando los años, sistema que recuerda a ciertas profesiones antes de la democracia en nuestro país.

Resumiendo:

Vuelvo a insistir en que no se debe recurrir a las asignaciones “dedocráticas”, pero considero que el actual sistema de baremación es insuficiente y debe ser revisado para permitir seleccionar entre los candidatos a una plaza al que esté mejor preparado. Es posible que los méritos por tiempo trabajado estén sobrevalorados y que, junto con los méritos académicos y el curriculum, se debería valorar la actividad profesional previamente realizada. Un tribunal formado como antes hemos sugerido, podría ayudar a seleccionar con mejor criterio al candidato más adecuado.

Como conclusión, quisiera manifestar que lo que he expuesto es de igual importancia para todos los profesionales del Sistema Sanitario (personal de enfermería, auxiliares, celadores y administrativos). La experiencia y el conocimiento del lugar donde se va a desempeñar la labor asistencial debería ser uno de los puntos más fuertes del baremo, ofreciendo así la mejor atención al paciente, que es lo que todos finalmente deseamos. ■



Médicos navarros en la diáspora

57 médicos navarros solicitaron el certificado de idoneidad para salir fuera de España en 2015

■ IDOIA OLZA

En 2015, la Organización Médica Colegial (OMC) expidió un total de 2.917 certificados de idoneidad a médicos para salir al extranjero (3.300 en 2014), una cifra que supone un freno a la tendencia alcista de los últimos años. En Navarra, fueron 57 los médicos que durante 2015 (a fecha 4 de diciembre) solicitaron el certificado de idoneidad (en 2014 también fueron 57; 63 en 2013; y 45 en 2012).

En los últimos cinco años, se solicitaron más de 13.000 certificados por parte de los médicos españoles, unos datos que ponen de manifiesto la precaria situación de los profesionales médicos españoles y, en especial, de los más jóvenes.

La OMC es la autoridad competente que emite en España los certificados de idoneidad que acreditan y permiten ejercer la profesión médica fuera de nuestras fronteras. Un año más, la gran mayoría de certificados de idoneidad se han solicitado para salir a trabajar fuera de España. También se han requerido para estudios, formación y cooperación.

A nivel estatal, los datos registrados hasta el 4 de diciembre de 2015 apuntan a un fin de ciclo en la demanda de certificados de idoneidad, que en 2011 fueron de 1.380; en 2012, 2.405; en 2013, 3.279; y el año pasado descendieron a 2.917 certificados.

DESTINOS Y ESPECIALIDADES

En cuanto a los destinos preferidos para trabajar en el extranjero, los tres primeros puestos no experimentan cambios, siendo Reino Unido, Francia y Alemania los más solicitados. Seguidos de Irlanda y Suecia.

Por especialidades, los datos recabados en 2015 reflejan que los médicos de familia, los anestesiólogos y los ginecólogos son las especialidades que más demandan el certificado.

La mayoría de los solicitantes de estos certificados de idoneidad se encuentran entre los grupos de edad de 31 a 35 años en primer lugar, seguido de los facultativos entre 36 y 40 años, manteniendo una línea descendiente según aumenta la edad.

Finalmente, respecto al ámbito laboral, se mantiene también la tendencia de los últimos meses que muestra la clara mayoría de los profesionales que demandan estos certificados proceden del ámbito hospitalario.

En primera persona

Experiencias de tres médicos navarros en Londres, Sidney y Las Antillas Holandesas

Detrás de estos fríos datos, hay unos profesionales (con nombre y apellidos), con sus historias personales, que un día decidieron dejar su vida aquí, en Pamplona, y se fueron a trabajar fuera de España. Nos hemos puesto en contacto con algunos de esos médicos y les hemos preguntado por qué decidieron irse, cómo se trabaja en otros países, y si piensan volver. Todos han coincidido en dos aspectos fundamentales: que las condiciones laborales son mejores que en España, y una flexibilidad laboral que hace más fácil compaginar la actividad asistencial con la investigación y la formación.

Todos ellos, muy amablemente, han contestado al siguiente cuestionario:

1. ¿Por qué decidiste salir de España?
2. A nivel profesional, ¿qué diferencias encuentras respecto a España? (condiciones laborales, investigación, salario, conciliación familiar, etc).
3. Cuenta cómo es un día de trabajo allí.
4. ¿Cuánto tiempo vas a estar? ¿Piensas volver a España?
5. Balance, de momento, de la experiencia.

Londres

“Todo está muy protocolizado y se le da muchísima importancia a la formación continuada”

Nicolás Varela, de 31 años, realizó la especialidad de Anestesia en la CUN, y actualmente está haciendo un fellow de dolor crónico en el Royal National Orthopaedic Hospital en Stanmore/London. Lleva en el Reino Unido poco tiempo. Se fue a principios de febrero con la idea de trabajar en Londres entre 12 y 18 meses. Le acompañarán en breve su mujer, también médico –en cuanto termine la residencia-, y sus dos hijos. Su vuelta dependerá de las ofertas de trabajo que tenga en España.



1.- Desgraciadamente, en España, una vez obtenido el título de especialista las opciones para seguir formándose son escasas. Otros países tienen planes de formación bien establecidos, y son muy abiertos a recibir médicos con ganas de formarse. Es cierto que tampoco es que sea un camino fácil. Para venir al Reino Unido, por ejemplo, hay que hacer bastantes trámites para colegiarse, exigen un examen de inglés con un nivel elevado (IELTS con media de 7.5) y son muy "tiquismiquis" con los temas burocráticos. Pero creo que, de veras, vale la pena.



2.- La verdad es que es una medicina bastante diferente. Tiene sus pros y sus contras. Todo está muy protocolizado, lo cual no forzosamente es bueno, ya que es fácil dejarse llevar y ser un mero técnico que aplica protocolos. Pero a la vez se le da muchísima importancia a la formación continuada. Por ejemplo, en la Unidad de Dolor realizamos tareas asistenciales 3,5 días por semana, el otro día y medio es para sesiones formativas, estudio o investigación. Pero lo cierto es que los días asistenciales son intensos; es habitual estar 10 horas seguidas sin parar ¡ni siquiera para tomar un café! O sea, se trabaja mucho, pero a la vez disponemos de tiempo para estudiar. Otra diferencia notable es la facilidad con la que los médicos en formación van cambiando de hospital. No es raro que vayan realizando estancias de 6-12 meses en hospitales, aprovechando para aprender de cada uno. Esto se entiende por el hecho de tener centros muy especializados. Aquí no existe eso de "todos hacemos de todo". Mi actual hospital, por ejemplo, solo tiene 230 camas., pero todas ellas son de ortopedia. Es el centro de referencia en el Reino Unido para patología ortopédica compleja y el 20% de los residentes

de COT del país rota aquí durante su residencia. En agosto me trasladaré a otro hospital, de un tamaño similar, pero que sólo atiende pacientes neurológicos o neuroquirúrgicos. Esto permite un grado de especialización notable y, dada la facilidad para ir de un centro a otro, para quien se forma, supone una gran ventaja.

3.- En la Unidad de Dolor tenemos días de consulta y días de quirófano. Los días de consulta solemos empezar a las 8 h. y se ven unos 15-17 pacientes (hasta las 17h-18h, aproximadamente). En quirófano se empieza antes (7 horas) y se termina cuando se acaba el parte (aproximadamente unos 14-18 procedimientos si son bloqueos, y 4-5 si es quirófano de neuromodulación). Normalmente terminamos sobre las 17-18 horas también. Los martes, por ejemplo, tenemos mañanas de sesiones con los diversos equipos que entran en el manejo del paciente con dolor crónico (psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, traumatólogos...). Es una mañana dedicada a juntarnos con ellos para enfocar el tratamiento multidisciplinar de manera coordinada.

4.- Por ahora estoy yo solo, ya que mi mujer, Belén, está terminando la residencia en Pamplona y vendrá con los niños en cuanto acabe para realizar ella también un fellow. En principio, tenemos previsto estar aquí entre 12 y 24 meses. Creo que es un tiempo más que razonable para poder formarse correctamente y ver otras maneras de trabajar. Después, ya veremos, ya que son muchos los factores que entran en juego. La idea de venir es para formarnos, y una vez cumplido el objetivo, lo más probable es que regresemos a España.

5.- Más allá de las dificultades burocráticas iniciales (que no han sido pocas) y de lo duro que es estar lejos de mujer e hijos, el balance por ahora es muy positivo. El coste de la vida es evidentemente muy superior al de España, pero también lo son los sueldos, así que al final el nivel de vida es muy similar. Es obvio que se echan de menos muchas cosas de España, y que el estilo de vida es muy diferente, pero Londres es una ciudad fascinante, y por supuesto, profesionalmente y formativamente hablando estoy encantado. Formarme en medicina del dolor era algo que deseaba desde la residencia, y aquí he encontrado un sitio en el que no sólo me puedo formar, sino que, además, con un nivel excelente.

Conclusión: por ahora y pese a las dificultades, no me arrepiento. ■

Sídney

“La oferta de trabajo es mayor y hay mucha flexibilidad laboral, lo que permite compaginar trabajo clínico y de investigación con relativa facilidad”

A.F. (32 años), neuróloga, se fue a Australia, en principio con un contrato de un año, pero acaba de renovar para un segundo año. Trabaja en un hospital en Sídney donde fue a formarse específicamente en Neuroinmunología.

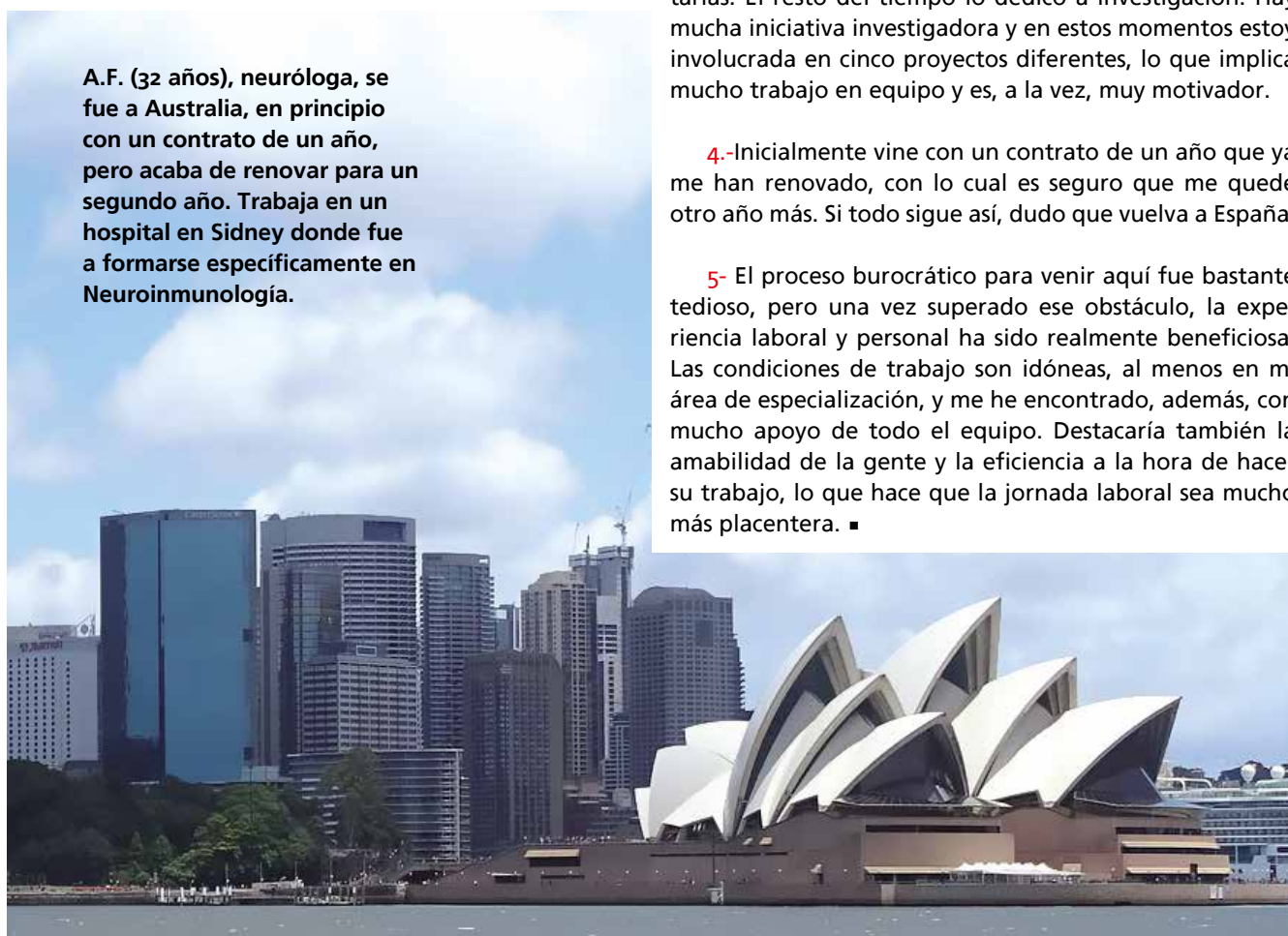
1.- El motivo inicial fue hacer un fellowship (o subespecialización) en esclerosis múltiple, que ya haciendo la residencia fue mi área de especial interés. En segundo lugar, siempre había estado interesada en realizar parte de mi formación profesional en el extranjero, por motivos no sólo profesionales, sino también por el enriquecimiento personal que se obtiene de este tipo de experiencias.

2.- Las condiciones laborales son, en general, mejores que en España. La oferta de trabajo es mayor y hay mucha flexibilidad laboral, lo que permite compaginar trabajo clínico y de investigación con relativa facilidad. Los salarios son muy buenos, aunque hay diferencias importantes de acuerdo al nivel profesional, y el coste de vida es también bastante más alto que en España.

3.- El horario de trabajo es similar a España. Yo trabajo en un hospital público donde pasamos consulta dos veces a la semana. La atención al paciente es bastante exhaustiva, y hay buena disponibilidad de pruebas complementarias. El resto del tiempo lo dedico a investigación. Hay mucha iniciativa investigadora y en estos momentos estoy involucrada en cinco proyectos diferentes, lo que implica mucho trabajo en equipo y es, a la vez, muy motivador.

4.- Inicialmente vine con un contrato de un año que ya me han renovado, con lo cual es seguro que me quede otro año más. Si todo sigue así, dudo que vuelva a España.

5.- El proceso burocrático para venir aquí fue bastante tedioso, pero una vez superado ese obstáculo, la experiencia laboral y personal ha sido realmente beneficiosa. Las condiciones de trabajo son idóneas, al menos en mi área de especialización, y me he encontrado, además, con mucho apoyo de todo el equipo. Destacaré también la amabilidad de la gente y la eficiencia a la hora de hacer su trabajo, lo que hace que la jornada laboral sea mucho más placentera. ■



Antillas Holandesas

“El médico es un profesional muy respetado y cotizado en nuestro entorno”

Rafael González y Gisela Di Cauda son pareja y ambos neurólogos; se fueron a Aruba, una pequeña isla tropical, que pertenece al Reino de Holanda, situada a unos 25 kilómetros de Venezuela.



1.- En 2013 la situación era complicada. Recién casados, llevábamos más de 4 años como neurólogos con beca predoctoral de la Universidad de Navarra y CIBERNED, respectivamente. Teníamos un proyecto firme para iniciar sendos

“post-docs” en Cambridge (Reino Unido), sin embargo, los planes se fueron torciendo. Nuestras investigaciones se retrasaban, las becas se reducían y las perspectivas laborales se deterioraban rápidamente en aquellos meses.

Finalmente, no conseguimos la financiación para ir a Cambridge y en España era muy difícil encontrar un puesto de trabajo para un neurólogo, ¿qué probabilidades teníamos de encontrar dos? En esto que nos topamos con un anuncio en la Sociedad Española de Neurología en el que precisaban sustitutos. Nosotros fuimos a Aruba tan sólo por un mes con la idea de recabar fondos. Una vez allí nos ofrecieron quedarnos con un contrato muy atractivo, que incluía todo tipo de facilidades para instalarnos e impulsar un departamento en expansión. Las condiciones laborales eran excelentes, el desafío profesional era estimulante, la isla una belleza exótica, y no teníamos mucho que perder. En resumen, ni nos lanzamos al vacío ni nos empujó la desesperación: simplemente sucedió.

2.- Aruba es una pequeña isla tropical que se sitúa a unos 25 kilómetros de Venezuela. Constituye una nación independiente de unos 120.000 habitantes que pertenece al Reino de Holanda, en una combinación geopolítica ciertamente peculiar. El sistema sanitario es exclusivamente público y se rige por la normativa holandesa.

El médico es un profesional muy respetado y cotizado en nuestro entorno. El poder adquisitivo es muy superior a la media de otros profesionales sanitarios y no sanitarios. El salario base es alto, aproximadamente el triple que en Navarra, a expensas de una remuneración casi testimonial por las guardias. Esta forma de retribución supone una clara ventaja de cara a percibir bajas laborales, vacaciones, pensión de jubilación, etc. porque se calculan en función del salario base y no de los complementos.

El hospital se toma muy en serio la formación de los profesionales y nos dota anualmente con 7.000 dólares y 10 días laborables para asistir a congresos internacionales (los 30 días de vacaciones aparte), que son obligatorios para mantener la colegiación en Holanda, y por tanto, para ejercer allí. Esto propicia una relación muy honesta con la industria farmacéutica, porque no se permite que interfiera en nuestra formación continua como especialistas. Es el propio hospital el que nos facilita y nos exige que estemos permanentemente actualizados. Algo parecido debería impulsarse en España.

Además, existe una figura intermedia entre el director y los distintos especialistas que es el “cluster manager” o gerente de área, que se encarga de atender desde cerca nuestras necesidades profesionales (materiales, de personal, de coordinación de servicios, etc.) y a la vez calibra y monitoriza nuestra productividad. Es un sistema muy

dinámico, flexible y eficiente que, de momento, ya nos ha permitido crear una Unidad de Neurofisiología y un Centro de Demencias. Nuestra sensación es que hubiera sido difícil algo así en España.

Las bajas maternales duran 3 meses, con reducción de jornada por lactancia hasta un máximo de 9 meses. El dinero obligatoriamente aportado para la pensión de jubilación se puede reembolsar tras 3 años residiendo fuera del país. El seguro sanitario del hospital nos cubre en todo el planeta.

Los principales inconvenientes que encontramos en Aruba son, en primer lugar, la falta de desarrollo de las instituciones sociales, con una gran escasez de recursos extrahospitalarios para los enfermos crónicos y prácticamente ausencia de centros de larga estancia, muy lejos de los beneficios que disfrutaban nuestros pacientes neurológicos en España. En segundo lugar, contrasta la deficitaria formación del personal no médico en el hospital, que es evidente en aquellos que no han recibido la educación en Holanda. Se echa de menos el nivel de la enfermería y del secretariado que gozábamos en Navarra. Y trabajamos para mejorarlo.

3.- La jornada se extiende de 8 a 17 h. con una pausa para almorzar. De momento, somos solo 4 neurólogos; éramos 3 y seremos 5. Uno queda de guardia localizada y se encarga de atender los pacientes hospitalizados (20 camas) y las urgencias, que mayoritariamente consisten en ictus y traumatismos.

En consulta externa, se atienden unos 20 pacientes por neurólogo y día, todo tipo de patologías, sin excluir las extraordinarias. En el hospital nos asiste una enfermera coordinadora de ictus y un residente, que normalmente es un médico holandés recién licenciado. Semanalmente nos reunimos todos en sesión clínica con el Servicio de Rehabilitación y discutimos los pacientes complicados.

El idioma principal en el trabajo es el inglés, aunque todos los documentos e informes los recibimos en holandés. Los pacientes nos hablan en papiamento, que es la lengua local. Se puede aprender rápido el papiamento desde la base del castellano. Un día a la semana uno acude al "Centro di Memoria" donde colaboramos con una psicóloga, una geriatra y un internista; y otro a la unidad de Neurofisiología donde una técnica holandesa registra los EMG Y EEG.

También somos profesores asociados en la Facultad de Medicina de la "Xavier University", que es estadounidense. De modo que reservamos tiempo y energía para la docencia.

Manejar simultáneamente los cuatro idiomas resulta agotador. Lo más pesado es atender un teléfono de

guardia 14 noches al mes en el mismo hogar, y más con un bebé. Por eso procuramos asistir juntos al espectáculo único de cada atardecer en la playa.

4.- Adaptarse no fue nada fácil al comienzo. Lo primero que aprende un trabajador extranjero como nosotros es a no quejarse, porque lo bueno y lo malo que a uno le sucede fuera de su país se siente como consecuencia directa de la decisión propia de marcharse. Esta es una perspectiva de la que carecen muchos de nuestros colegas, que tienden a maximizar los defectos asumidos como inevitables en un sistema que erróneamente se considera impuesto.

En nuestro entorno, todo profesional que mantiene su puesto de trabajo es porque cada día decide que eso es lo que quiere hacer.

Nosotros ahora disfrutamos de un periodo dulce en Aruba, en el que cosechamos un bienestar que nos costó mucho esfuerzo. Sabemos que tarde o temprano volveremos a España, y que la mentalidad con la que regresaremos nunca volverá a ser la misma. Afortunadamente.

5.- Marcharse a otro país a ejercer no es medicina para todos los públicos. Decía Gracián que es destreza no común inventar nueva senda para la excelencia. De hecho, si hay algún neurólogo con disposición a venir ¡no dude en contactarnos!

A nivel personal, Aruba significa una conquista profesional y un hito en nuestra biografía. Para nosotros es una isla talismán que, de momento, nos ha brindado una experiencia formidable, una vivienda en España, y una hija maravillosa. ■

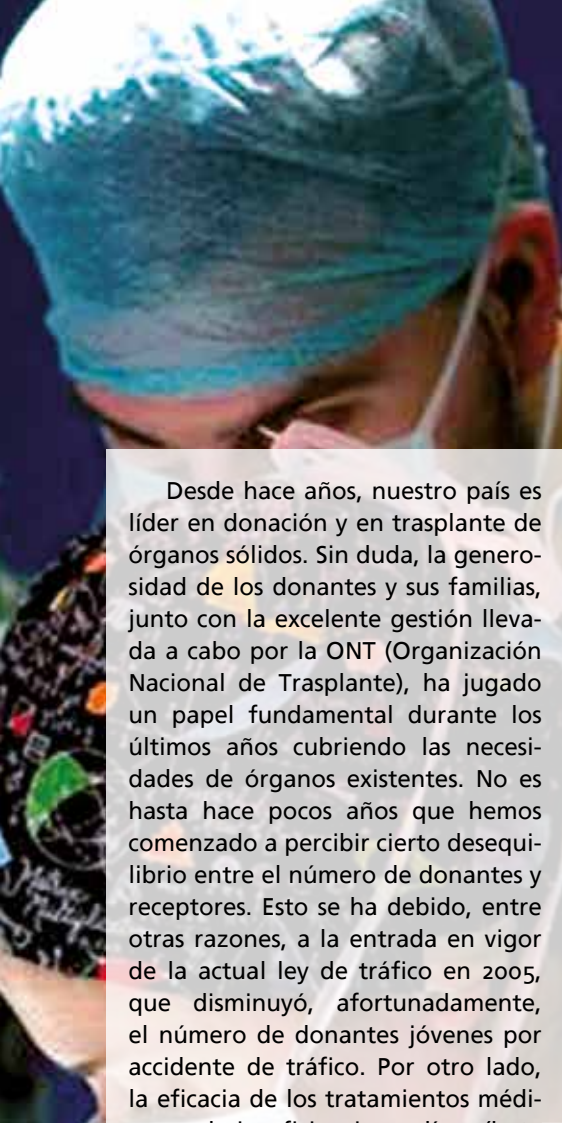


Dispositivos de asistencia ventricular, corazón artificial ¿Una alternativa al trasplante cardíaco?



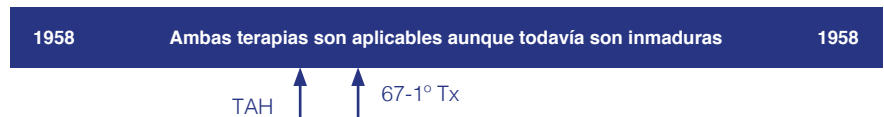
■ GREGORIO RÁBAGO
JUAN-ARACIL
Cirujano Cardíaco.
Clínica Universidad de Navarra.

Sin duda alguna, el trasplante cardíaco es hoy en día el tratamiento de elección en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, cuando el reto de las otras opciones terapéuticas han sido agotadas. Es, por lo tanto, el último tratamiento médico-quirúrgico posible.

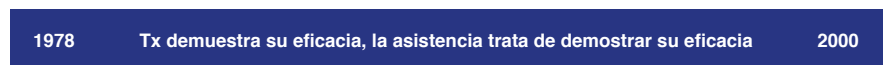


Una historia paralela

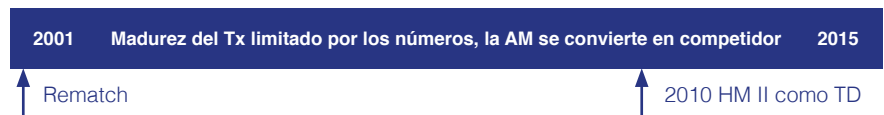
Fase clínica inicial del Tx cardíaco



El trasplante cardíaco es el patrón de oro



La Asistencia mecánica compite con el Tx



Evolución del trasplante cardíaco y la asistencia circulatoria. NIH (National Institute of Health), Tx (Trasplante), TAH (Corazón artificial total) HM II (HeartMate II) TD (Terapia definitiva).

Desde hace años, nuestro país es líder en donación y en trasplante de órganos sólidos. Sin duda, la generosidad de los donantes y sus familias, junto con la excelente gestión llevada a cabo por la ONT (Organización Nacional de Trasplante), ha jugado un papel fundamental durante los últimos años cubriendo las necesidades de órganos existentes. No es hasta hace pocos años que hemos comenzado a percibir cierto desequilibrio entre el número de donantes y receptores. Esto se ha debido, entre otras razones, a la entrada en vigor de la actual ley de tráfico en 2005, que disminuyó, afortunadamente, el número de donantes jóvenes por accidente de tráfico. Por otro lado, la eficacia de los tratamientos médicos en la insuficiencia cardíaca (beta bloqueantes, IECAs, resincronizadores, DAI, etc.) ha permitido disminuir de forma significativa la mortalidad y aumentar el número de pacientes que llegan al trasplante cardíaco. Es por esto que el equilibrio, largamente mantenido, entre la oferta y la demanda está empezando a fragmentarse necesitando buscar alternativas al trasplante de corazón.

El corazón artificial ha sido un sueño largamente acariciado por la comunidad científica. Pocos saben que la historia del desarrollo del corazón artificial y el trasplante cardíaco ha evolucionado de forma paralela desde los años sesenta (Fotografía 1). Es más, unos años antes de que se realizara el primer trasplante cardíaco en 1967 en Cape Town, Sudáfrica, el National Institute of Health de Estados Unidos, asignó un presupuesto de 581.000 \$ para el desarrollo de un corazón artificial en 1964 [1].

Dos años más tarde, un reputado cirujano americano, el doctor Michael E. DeBakey realizaría el primer

implante exitoso de un dispositivo de asistencia ventricular (Ventricular Assist Device o VAD), en una mujer de 37 años que fue mantenida bajo soporte circulatorio durante 10 días tras una cirugía cardíaca compleja [2]. Tras el primer trasplante cardíaco y en esa primera década, ambas técnicas tuvieron una evolución lenta con sus periodos de luces y sombras. Los resultados iniciales del trasplante no fueron todo lo bueno que se esperaba, pues el control de la respuesta inmune fue complicada de manejar en este periodo inicial. Pero tampoco los dispositivos artificiales para reemplazar al corazón estaban lo suficientemente desarrollados, presentando complicaciones estructurales y tromboembólicas que dificultaban su utilización de forma prolongada. Con el descubrimiento de la Ciclosporina A y su incorporación a los programas de trasplante en los ochenta, la respuesta inmune deja de ser una pesadilla, convirtiéndose el trasplante cardíaco en el tratamiento de elección para

pacientes en insuficiencia cardíaca terminal. Esto, junto a una tecnología inadecuada, hace que la investigación en asistencia mecánica sea relegada a un segundo plano, ya que no puede competir con los excelentes resultados obtenidos con el trasplante cardíaco. No es hasta el comienzo de este siglo cuando las necesidades de órganos no suplen, ni en número ni en rapidez, las necesidades de los pacientes en lista de espera volviéndose a retomar el viejo sueño del corazón artificial.

En 2001 se publica el estudio Rematch [3] que demuestra, por primera vez, la superioridad de los dispositivos de asistencia circulatoria, cuando se compara con el tratamiento médico convencional en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal. La necesidad y los conocimientos adquiridos durante los años previos fueron la base para convertir a los dispositivos de asistencia circulatoria en una alternativa real al trasplante cardíaco.



Indicaciones de la asistencia circulatoria

En la primera época se utilizó casi exclusivamente en aquellos pacientes en los que durante una cirugía cardíaca, el ventrículo se dañaba y la desconexión de la máquina corazón pulmón o máquina de circulación extracorpórea (CEC) no se podía realizar. Estas primeras asistencias permitían dejar al ventrículo en reposo mientras éste se recuperaba (Asistencia Circulatoria post CEC). En otras ocasiones, se utilizaron en algunos pacientes que tras un evento cardíaco agudo (infarto de miocardio, miocarditis), la implantación de dichos dispositivos daba tiempo al ventrículo para recuperarse (Asistencia Circulatoria como puente a la recuperación). El deterioro de algunos pacientes incluidos en lista de espera, al no encontrar un donante adecuado, permitió la utilización de la Asistencia Circulatoria como puente al trasplante, consiguiendo estos pacientes tiempo suficiente hasta poder ser trasplantados. Una segunda consecuencia indirecta del aumento de indicaciones para trasplante cardíaco fue la falta de un número suficiente de donantes. Es entonces cuando la asistencia se convierte en una posible alternativa al trasplante cardíaco, utilizando la Asistencia Circulatoria como terapia definitiva o de destino (traducción anglosajona) ante la escasez de órganos.

Corazón artificial y Asistencia Ventricular

Existe cierta confusión en la terminología utilizada en la asistencia circulatoria mecánica.

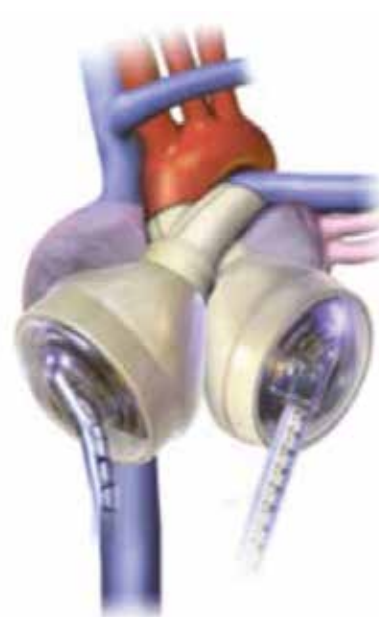
Corazón artificial total (CAT): es una prótesis mecánica que incluye cuatro válvulas, que se implanta en la cavidad pericárdica para reemplazar completamente al corazón biológico aunque, en realidad, reemplaza a ambos ventrículos ya que siempre se

deja una parte o la gran totalidad de ambas aurículas.

Asistencia ventricular (AV): prótesis mecánica que, sin quitar el corazón, se coloca en la cavidad pericárdica, en paralelo al ventrículo izquierdo reemplazando total o parcialmente la función de éste.

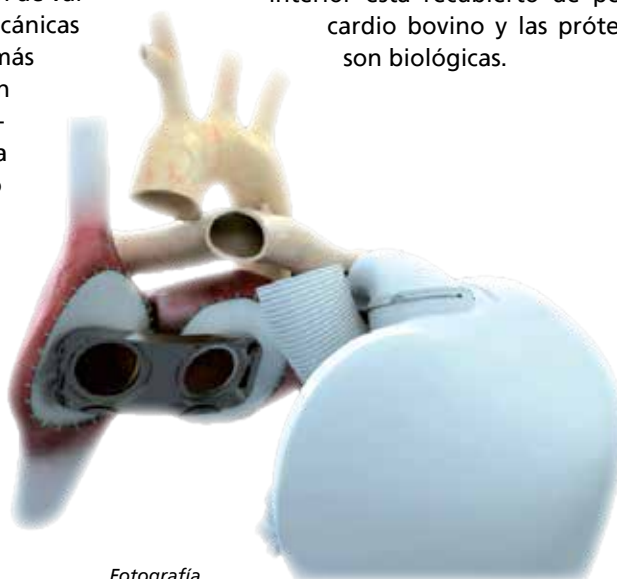
Por lo tanto, las indicaciones para implantar uno u otro dependerán del grado de afectación cardíaca. Cuando ambos ventrículos están afectados, la implantación de un CAT será necesaria, mientras que si solo está afectado el ventrículo izquierdo una AV izquierda (AVI) será más que suficiente. Lógicamente la complejidad en el manejo, en la implantación y en las complicaciones difiere entre ambos dispositivos.

Los CAT han sufrido una evolución más lenta desde sus orígenes. Son dispositivos que generan un flujo pulsátil, es decir, simulan el latido producido por el corazón. Por este motivo, precisan de válvulas artificiales mecánicas o biológicas, son más grandes y funcionan mediante un compresor que genera un pulso de aire, o un motor eléctrico que desplaza un líquido generando la sístole y la diástole. El más conocido y utilizado en la actualidad es el SYNCARDIA (antiguo Jarvik 7) (Fotografía 2), de poliuretano con cuatro prótesis mecáni-



Fotografía 2.
Corazón artificial total SYNCARDIA.

cas. Ya existe una amplia experiencia, habiendo sido utilizado fundamentalmente, como puente al trasplante cardíaco. Un nuevo modelo que todavía está en fase de estudio clínico, es el CARMAT (Fotografía 3). Al contrario que el anterior, todo el interior está recubierto de pericardio bovino y las prótesis son biológicas.



Fotografía 3.
Corazón artificial total CARMAT.



Fotografía 4.
Evolución de la AV. A la izquierda sistema Novacor (pulsátil y valvulado). A la derecha HVAD HeartWare (continuo sin válvulas).

Los diafragmas se mueven gracias a una bomba eléctrica que desplaza un fluido de silicona líquida. Quizás en un futuro, será el primer corazón totalmente implantable.

La AV por el contrario ha sufrido una evolución y transformación espectacular en las últimas décadas. Inicialmente, en un intento de emular el ciclo cardíaco, estaban provistas de válvulas artificiales (mecánicas o biológicas), siendo por lo tanto de flujo pulsátil. Estos primeros dispositivos eran muy voluminosos lo que impedía colocarlos en el saco pericardio y se alojaban, normalmente, en la cavidad abdominal. Por otro lado, precisaban de unos requerimientos energéticos importantes, estando subordinados a unos controladores y sistemas de alimentación grandes y con limitada portabilidad. La indicación más frecuente para implantar estos dispositivos era "como puente al trasplante" y los resultados a corto plazo fueron más

que aceptables. Con el avance tecnológico y la aparición de las bombas centrífugas, se diseñan nuevas AV similares a las turbinas de un avión, que no precisan de prótesis valvulares. Son, por lo tanto, más pequeñas (Fotografía 4), con un menor requerimiento energético (baterías más duraderas y controladores más pequeños) y muy fáciles de implantar en la cavidad pericárdica.

La diferencia más significativa entre estos nuevos dispositivos es el cambio de flujo pulsátil a flujo continuo (no tienen pulsos palpables). Los modelos más utilizados en la actualidad, son el HeartMate II, HeartWare HVAD e Incor de Berlin Heart.

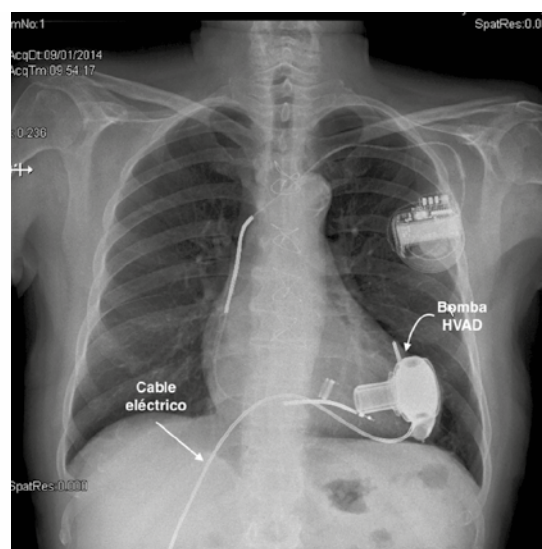
Funcionamiento y componentes

Todos los sistemas de asistencia circulatoria tienen tres componentes

fundamentales. El primero y más importante es la bomba, que se conecta con el corazón. En el caso de las AV, como lo que se asiste normalmente es el ventrículo izquierdo (VI), dicha conexión se establece entre la punta del VI y la aorta ascendente (Fotografía 5 y 6), quedando la bomba alojada en el saco pericárdico. En el caso del CAT se retiran ambos ventrículos y se sustituyen por los artificiales. El siguiente componente es el controlador o cerebro electrónico de la asistencia circulatoria al que se conecta el sistema de alimentación o baterías (normalmente dos). La conexión entre la bomba y el controlador se realiza a través de un cable eléctrico (o "driveline" en inglés) que comunica el interior con el exterior atravesando la piel. Resumiendo, el controlador, alimentado por las baterías y a través del cable eléctrico hace funcionar la bomba, controlando una serie de parámetros e informando del funcionamiento del mismo en todo momento mediante una serie de alarmas y valores (gasto cardíaco, RPM, consumo energía, etc) que nos sirven para monitorizar el funcionamiento



Fotografía 5.
HVAD HeartWare. Conexión al ventrículo izquierdo y aorta ascendente.



Fotografía 6.
Radiografía del tórax de un paciente portador de un dispositivo de asistencia circulatoria HVAD HeartWare.



de la AV. El único parámetro que nosotros podemos modificar en las AV es la velocidad de giro del rotor, es decir, las revoluciones por minuto (RPM). En el CAT, sin embargo, podemos modificar la frecuencia cardíaca y el impulso de la sístole.

Resultados actuales y alternativa al trasplante cardíaco

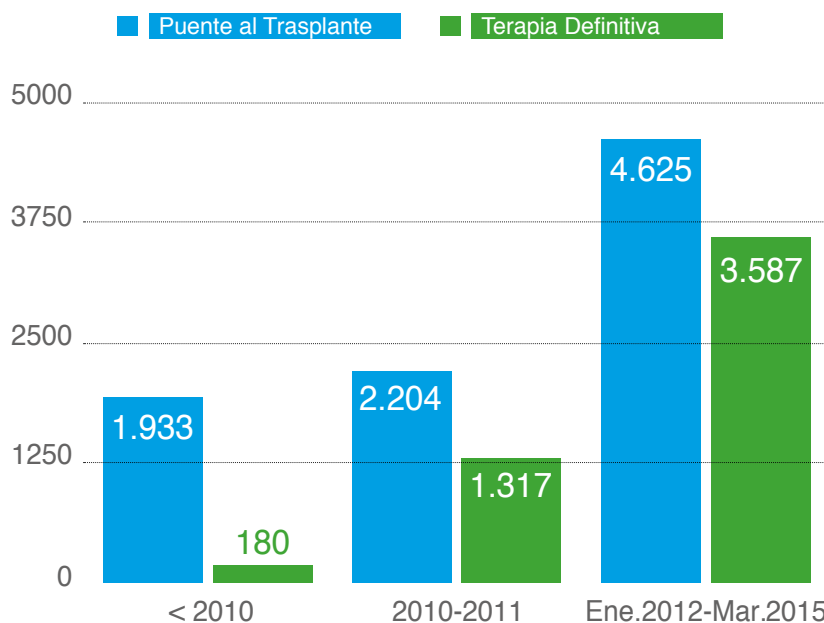
La supervivencia en el trasplante cardíaco a 1, 5, 10 y 15 años es del 76%, 65%, 52% y 38%, respectivamente, según los datos del registro español de trasplante cardíaco [4] (Gráfica 1), datos que son prácticamente superponibles a los del registro internacional [5]. Sin embargo, en el momento actual la disponibilidad de órganos es insuficiente para poder tratar a todos los candidatos que necesiten un trasplante cardíaco. Un ejemplo: según los datos de UNOS (United Network for Organ Sharing, el equivalente a la ONT en USA), en 2015, se realizaron 2804 trasplantes

cardíacos cuando, a fecha de febrero de 2016, hay 4180 pacientes en lista de espera. Este desajuste nos ha he-

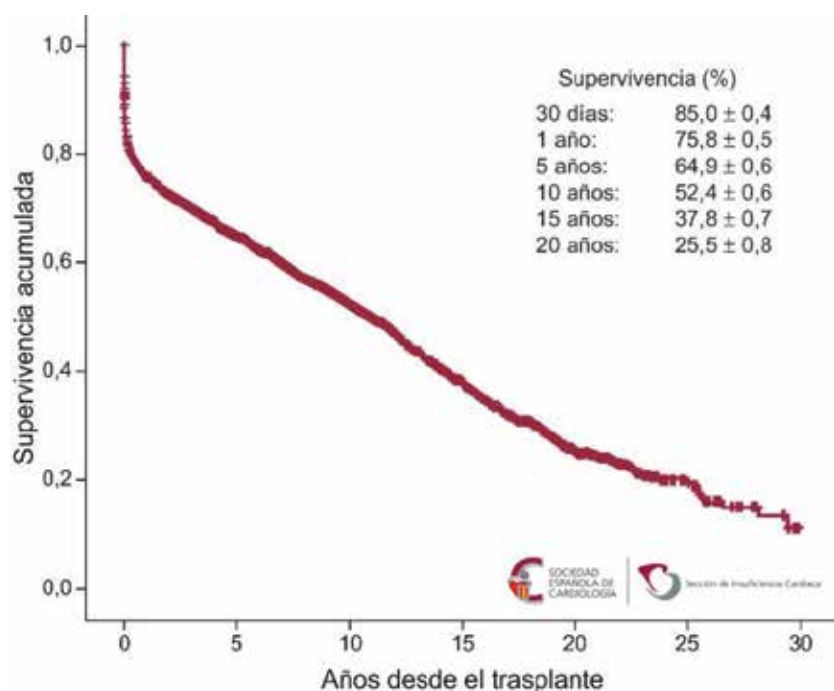
cho mirar con cierto entusiasmo a la asistencia mecánica, para utilizarla como puente al trasplante o como terapia definitiva.

Es difícil obtener datos y resultados, ya que las experiencias todavía son limitadas, por esta razón nos basamos en datos de registros, siendo el más importante y referencia internacional el INTERMACS (INTERagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support) con más de 18.000 paciente incluidos. Cuando se analizan los datos de este registro americano, varios detalles llaman la atención. En primer lugar, el número de pacientes a los que se implanta este tipo de asistencias como Terapia Definitiva crece de forma importante (Gráfica 2), y especialmente en pacientes con más de 65 años, a quienes no se suele ofrecer un trasplante.

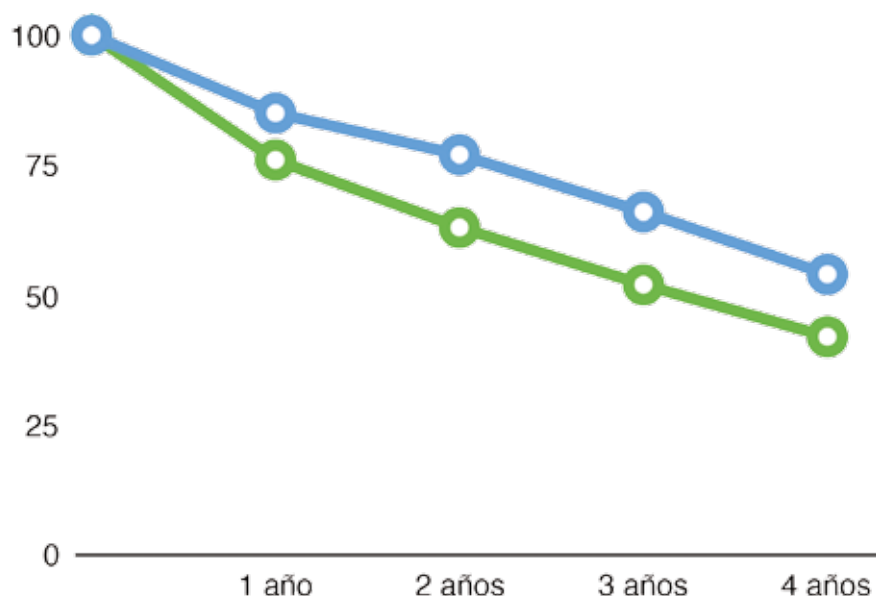
La supervivencia en pacientes como puente al trasplante al año es del 85% y en el grupo de Terapia Definitiva, del 75% al primer año (Gráfica 3), similar a la obtenida con pacientes trasplantados.



Gráfica 2
Registro Intermacs. Evolución de la asistencias implantadas en los últimos años como puente al trasplante o terapia definitiva. Datos de <http://www.uab.edu/medicine/intermacs/>



Gráfica 1
Resultados del trasplante cardíaco en España.



Gráfica 3

Registro Intermacs. Supervivencia a 4 años de los pacientes portadores de Asistencia Ventricular como Puente al Trasplante y Terapia definitiva.
 Datos de <http://www.uab.edu/medicine/intermacs/>

Estos datos confirman que los resultados obtenidos con la asistencia ventricular en la actualidad se aproximan mucho a los del trasplante cardíaco y ante la escasez de órganos, debemos empezar a considerar la asistencia mecánica circulatoria como una alternativa válida al trasplante cardíaco. Ciertamente es que no está exenta de riesgo y que, al igual que el trasplante cardíaco, presenta unas com-

plicaciones que, con el tiempo, hemos aprendido a identificar y controlar. No debemos olvidar que estos pacientes necesitan de una anticoagulación y antiagregación permanentes y, por tanto, están expuestos a las complicaciones típicas de estas terapias, pero también es cierto que la calidad de vida de los pacientes portadores de AV mejora de forma considerable al poco tiempo del implante. ■

El futuro

Intentar averiguar cómo será la tecnología dentro de 20 años es casi imposible.

No obstante, ya se están marcando las líneas para el desarrollo tecnológico de los nuevos dispositivos del futuro. Serán, ciertamente, mucho más pequeños; se continuará apostando por los dispositivos de flujo continuo, aunque se generarán algoritmos que permitirán, mediante aceleración y desaceleración brusca, emular la pulsatilidad cardíaca; se utilizarán materiales biocompatibles que no necesitarán anticoagulación; dispondremos de controladores con baterías muy pequeñas y de larga duración que se recargarán y que transmitirán la información de forma inalámbrica, pudiendo prescindir del cable eléctrico, actual talón de Aquiles por las potenciales infecciones.

En conclusión, si hace unos años la asistencia mecánica como terapia definitiva sólo se indicaba en pacientes con una contraindicación formal al trasplante cardíaco, hoy en día, con la información actual, podemos considerarla como una alternativa real al mismo ya disponible en nuestros centros para ser utilizada.

[1] Institute of Medicine (US) Committee to Evaluate the Artificial Heart Program of the National Heart, Lung, and Blood Institute; Hogness JR, VanAntwerp M, editors. The Artificial Heart: Prototypes, Policies, and Patients. Washington (DC): National Academies Press (US); 1991. 1, The Artificial Heart Program: Current Status and History. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234425/>

[2] Left ventricular bypass pump for cardiac assistance. M DeBakey. Am J Cardiol. 1971; 27: 3

[3] Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. Rose EA et al. Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure (REMATCH) Study Group. N Engl J Med. 2001 Nov 15;345(20):1435-43.

[4] Registro Español de Trasplante Cardíaco. XXVI Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2014). F. González-Vílchez et al. Rev Esp Cardiol. 2015;68(11):1008-1021.

[5] The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-second Official Adult Heart Transplantation Report—2015; Focus Theme: Early Graft Failure. Lars H. Lund et al. J Heart Lung Transplant. 2015; vol. 34 (10) 1244-1254.



El pediatra **Javier Molina Garicano** recibe la Cruz de Carlos III el Noble

**“EN NUESTRA
SOCIEDAD, DESDE
EL PUNTO DE VISTA
EDUCACIONAL, NO
PODEMOS ENTENDER
QUE UN NIÑO ESTÉ
ENFERMO”**

• IDOIA OLZA

El pasado 7 de mayo, la presidenta del Gobierno de Navarra, Uxue Barkos, entregaba al pediatra Javier Molina Garicano, jefe de sección del Servicio de Pediatría del CHN (antiguo Hospital Virgen del Camino), la Cruz de Carlos III el Noble “por toda una vida dedicada a los niños con cáncer y a sus familias”.

Por este motivo, desde Panacea hemos hablado con el Dr. Molina,

que el 12 de junio, cumplió 65 años, la edad de la jubilación en la sanidad pública, en el Hospital Virgen del Camino donde ha tratado a más de 500 niños enfermos de cáncer. Durante 39 años ha ejercido su trabajo con verdadera pasión, y, aunque continuará su labor en su consulta privada, llega el momento de las despedidas y de hacer balance. Sus compañeros de servicio, el pasado 1 de junio, organizaron una comida muy especial, con mucho cariño, en su honor.

Se sigue emocionando cuando se encuentra con antiguos pacientes –entonces niños- por la calle (de muchos se acuerda todavía de sus nombres) y le saludan. “Me produce mucha alegría, como también es cierto que me entristece pensar en aquellos niños que no pudieron superar la enfermedad”.

¿Cómo recibiste la noticia de la concesión de la Cruz de Carlos III el Noble?

A finales del mes de abril recibí una llamada de la portavoz del Gobierno, Ana Ollo, en la que se me informaba de que el Gobierno me había propuesto para recibir el galardón. La verdad que fue una agradable e inesperada noticia que me sorprendió mucho, pero me encantó. Supone el broche de oro a mi vida profesional. Además, el acto de entrega resultó muy sencillo, pero muy emotivo. Estuve acompañado de mi familia más directa y de un pequeño grupo de amigos.



Te jubilas de la sanidad pública después de 39 años de trabajo, ¿qué sientes?

Durante todos estos años he estado encantado trabajando. Disfrutando mucho, por supuesto, con momentos muy buenos y momentos también agridulces, sobre todo debido a mi especialidad (la Oncología Pediátrica). Me da mucha pena porque me ha gustado mucho lo que he hecho, pero acepto bien mi jubilación.

¿Continuarás trabajando en tu consulta privada?

Sí, seguiré trabajando en mi consulta, que también me satisface. Pero que nadie tenga ninguna duda de que soy un defensor a ultranza de la

“LOS PROFESIONALES SANITARIOS DEBEMOS SER TRANSMISORES DE INFORMACIÓN SANITARIA HACIA LOS PADRES PARA QUE NO SE ALARMEN POR PROBLEMAS QUE, EN LA GRAN MAYORÍA DE CASOS, AFORTUNADAMENTE SON BENIGNOS”

sanidad pública. He colaborado con todas las Administraciones, Consejerías y Gerencias. Tengo que decir también que, por su parte, todos ellos han colaborado muy favorablemente con la Oncología Pediátrica. También tengo que agradecer al Colegio de Médicos de Navarra su disposición para todo lo que les he pedido porque siempre ha colaborado con nosotros en múltiples eventos y congresos de nuestra sociedad onco-pediátrica (SEHOP).

¿Por qué decidiste hacer la especialidad de Oncología Pediátrica?

Yo llegué a Pamplona en 1968 para estudiar en la Facultad de Medicina, y realicé la especialidad de Pediatría en la Clínica Universidad de Navarra. Siguiendo los consejos de un profesor de Pediatría de la Facultad, el Dr. Alfonso Delgado, una persona de la que recibí una gran formación, me fui a Italia (al Instituto Giannina Gaslini) a hacer Oncología Pediátrica, donde estuve durante un año aprendiendo muchísimo porque





El pasado 1 de junio, sus compañeros de Servicio en el Complejo Hospitalario de Navarra, organizaron una comida en su honor.

era un centro de referencia; entonces allí ya estaban en marcha protocolos de tratamiento para niños así como asociación de familiares. Este fellow lo completé con tres meses en Londres, en el Hospital San Bartolomé. Y ya a partir de ahí, siempre he desarrollado mi trabajo en el antiguo Hospital Virgen del Camino de Pamplona.

En mis inicios aprendí medicina, humanidad, tratamiento multidisciplinar y de compañerismo, y esto me ha servido para toda la vida.

La Oncología Pediátrica lleva consigo una parte realmente dura, ¿cómo se lleva?

En ocasiones, sí resulta muy duro. Me preguntan si con los años se hace callo, pero nunca se hace callo porque en el fondo pensamos lo mismo que piensan los padres cuando a su hijo le diagnostican un cáncer: ¿por qué se permite que esto suceda a un niño? Yo que fui y soy padre de niños pequeños, ahora jóvenes adultos, además de médico, he aprendido que esa pregunta no tiene respuesta, no es culpa de nadie, simplemente es la vida.

¿Cuántos niños fallecen en Navarra cada año?

En los últimos quince años, la media de niños por debajo de 15 años

que fallecen en Navarra al año se sitúa en torno a 30, según el Instituto Nacional de Estadística. La mayor parte de estos niños tiene menos de 12 meses de edad (prematurados, con problemas congénitos, cardiopatías graves, etc). Hay un pequeño grupo, de media alrededor de 2 al año, que fallecen por cáncer. También hay niños que fallecen por accidente (ahogamiento en piscinas, tráfico) y otras causas.

En estos 39 años, ¿cómo ha sido la evolución de la Pediatría? ¿Las enfermedades son las mismas o han cambiado?

Yo creo que las enfermedades siguen siendo muy parecidas, pero se ha producido un incremento de las enfermedades infecciosas, en especial de las banales, es decir, de las menos graves, y también un incremento muy llamativo en la posibilidad de diagnóstico, de conocer la causa que produce cantidad de enfermedades, tanto víricas como de procesos bacterianos (cada vez se aíslan con más facilidad gérmenes responsables de estas infecciones). La genética, por supuesto, ha jugado un papel primordial en poner nombre y apellidos a patologías que antes no podíamos etiquetar.

Se ha progresado mucho en la metodología diagnóstica, en las

actitudes terapéuticas, pero se sigue tratando a niños que padecen procesos febriles con antibióticos, en lugar de antitérmicos. Según estudios publicados en revistas de gran impacto científico americanas, hasta un 50-60% de la administración antibiótica del niño no está justificada o está incorrectamente prescrita.

En este sentido, un grupo de médicos del CHN, a nivel de pediatría, decidimos elaborar un estudio sobre la utilización del tratamiento antibiótico en la edad pediátrica para conocer el número de incidencias de enfermedades infecciosas en los niños, actitud terapéutica que se elige y el coste que suponía. No pudimos hacer un diagnóstico absoluto de todos los procedimientos, pero quedó claro que el coste económico es mayor y que la administración de estos antibióticos, en muchas ocasiones, es absolutamente innecesaria. Ello nos debe hacer reflexionar, ya que en la actualidad disponemos de muy pocos antibióticos nuevos, cada vez tenemos que administrar dosis más elevadas, y esto, en general, entendemos que no es lo óptimo. Por un lado, progresamos en diagnóstico, en genética, en etiquetar enfermedades, en supervivencia, pero quizás aumentamos morbilidades, es decir, excesivos tratamientos que no son siempre estrictamente necesarios.

Además, otra de las cuestiones que ha cambiado en la Pediatría es que en los últimos años se ha aumentado de forma considerable la incidencia de niños prematuros y de bajo peso con alto riesgo que sobreviven, lo cual, a su vez requiere una mayor atención sanitaria de los profesionales.

¿Cuáles son los aspectos que se deben mejorar en Pediatría?

Creo que en nuestra sociedad, desde el punto de vista educacional, no podemos entender que un niño esté enfermo (por ejemplo, si un niño tiene 37,8 de fiebre nos parece algo en ocasiones preocupante). En este sentido, en mi opinión, falta una educación sanitaria correcta a la población. No quiero en absoluto decir que no hay que ir a la consulta sino que debemos adquirir unos conceptos sanitarios básicos. Los profesionales sanitarios (médicos y personal de enfermería) en las consultas debemos ser transmisores de información sanitaria hacia los padres para que no se alarmen por problemas que, en la gran mayoría de casos, afortunadamente son benignos. No es del todo entendible que el Servicio de Urgencias de Pediatría atendiera el año pasado a alrededor de 42.000 niños y de ellos, sólo ingresaron cerca de 2.000.

Otro aspecto que se debe mejorar es la coordinación entre Atención Primaria y Especializada. A pesar de los años que llevamos reivindicándola, no hemos conseguido alcanzar una buena comunicación. Es nuestro eterno caballo de batalla. He de reconocer que el Gobierno actual está intentando tomar medidas encaminadas a conseguir una mayor coordinación, y eso es algo de agradecer.

También creo que sería importante que cada Servicio contase con profesionales de la medicina, que no fueran clínicos, y se dedicaran exclusivamente a la gestión. ■

**“SE DEBE MEJORAR
LA COORDINACIÓN
ENTRE ATENCIÓN
PRIMARIA Y
ESPECIALIZADA. A
PESAR DE LOS AÑOS
QUE LLEVAMOS
REIVINDICÁNDOLA,
NO HEMOS
CONSEGUIDO
ALCANZAR
UNA BUENA
COMUNICACIÓN”**

Ejemplo de dedicación profesional y humana

El Dr. Javier Molina recibió de manos de la Presidenta de Navarra, Uxue Barkos, la Cruz de Carlos III el Noble de Navarra por su “acrisolada carrera en el campo de la Pediatría”, que, según destacó Barkos, “es uno de los muchos ejemplos de dedicación profesional y humana plena al servicio de la sociedad”.

El Gobierno, con este premio al Dr. Molina, valora su contribución a “mejorar la calidad de vida de niños y niñas con cáncer y de sus familias, así como a informar a la sociedad de la existencia e incidencia del cáncer infantil y de los conflictos y problemas que genera”.

Referente en oncología infantil

Javier Molina Garicano (A Coruña, 1951) está casado con M^a Asunción Ayestarán (de Pamplona), es padre de tres hijos y tiene tres nietos (la cuarta nacerá a finales de agosto). Aunque llegó a Pamplona muy joven, con sólo 17 años, como buen gallego sigue sintiendo “morriña” de A Coruña y de esos primeros años de juventud que vivió allí y que recuerda con emoción (colegio, amigos, juergas, novias, veranos interminables, etc.). A su vez, toda su familia materna es de Pamplona.

Estudió Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y posteriormente, se fue a Génova (Instituto Giannina Gaslini) y a Londres (Hospital San Bartolomé), donde se especializó en Oncología Pediátrica. En 1977 volvió a Pamplona y se incorporó como médico adjunto en el Hospital Virgen del Camino. Desde 2013 ha sido jefe de la Sección de Pediatría del CHN y referente en el ámbito de la Oncología Infantil.

Es miembro de sociedades nacionales e internacionales de Oncología, Hematología y Reumatología Pediátrica. Forma parte también de la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica; de la Sociedad Nacional de Oncología Pediátrica, donde ejerció el cargo de secretario nacional desde 1985 a 1991; de la Sociedad Nacional de Hematología Pediátrica de la que fue vicepresidente; de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica; y de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría, entidad en la que fue vicepresidente entre 1982 y 1988 y 2001- 2005. Es miembro numerario de la Sociedad Española de Pediatría, que el pasado año le nombró, además, miembro de honor.

En el año 1989 fundó la Asociación de Ayuda a Niños con Cáncer de Navarra ADANO, entidad de apoyo a los niños y niñas afectados por el cáncer y a sus familias.



UN, DOS, TRES, RESPONDA OTRA VEZ



♦ BEGOÑA BERMEJO FRAILE.

Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

Es más fácil juzgar el talento de un hombre por sus preguntas que por sus respuestas.
(Duque de Levis)

En un proyecto de investigación, la recogida de algunos de los datos se hace a través de cuestionarios. Algunas preguntas son sencillas, como el peso, la talla o la edad (bueno, sencillas de hacer, no siempre fáciles de contestar), pero otras, sobre todo las de carácter más subjetivo, no resultan tan simples, porque la respuesta puede depender del tipo de cuestionario, de las condiciones del encuestado y de la forma de preguntar del encuestador.

Un cuestionario en su conjunto debe ser sencillo, viable, aceptado por la población a la que va dirigido, y muy especialmente válido, fiable y sensible al cambio.

La terminología puede parecer amplia, con pequeñas diferencias de matiz, pero no es tan importante conocer el término como entender el concepto, y para ello sólo necesitamos un poco de sentido común.

Fiabilidad

La confianza sirve en las conversaciones más que el ingenio.
(François de la Rochefoucauld)

La fiabilidad mide la variabilidad de las respuestas, y éstas pueden variar por muchos motivos, por ello también hay distintos aspectos dentro de la fiabilidad.

La *fiabilidad test-retest* es la estabilidad de los resultados del cuestionario cuando se mide en ocasiones distintas. Imaginemos que a un grupo de pacientes les pasamos un cuestionario de calidad de vida en dos ocasiones separadas por quince días. Se trata de ver si el paciente contesta lo mismo o cambian las respuestas, y este cambio en las respuestas se puede deber a que han podido cambiar las condiciones ambientales (ruido, temperatura), el cansancio o el estado emocional del encuestado. Por ello, para aumentar la fiabilidad es muy importante estandarizar las condiciones de medida.

Puede haber un motivo de cambio en la respuesta que no tiene que ver con la fiabilidad, sino con un cambio en la condición del paciente, que primero dijo que no tenía dolor porque no lo tenía y después dijo que sí tenía dolor porque realmente lo tenía.

La *variabilidad interobservador* se debe a que distintos entrevistadores pueden preguntar de diferente manera, y ello puede conllevar distinta respuesta. De ahí la importancia de que, antes de comenzar un estudio, los encuestadores estén debidamente formados. Deben atenerse estrictamente a la estructura y secuencia del cuestionario, formular las preguntas según lo indican las instrucciones y transcribir literalmente las respuestas a las preguntas abiertas.

La *consistencia interna* mide si hay coherencia entre las respuestas a distintas preguntas del cuestionario, porque la forma de preguntar puede condicionar la forma de responder. Se espera que un individuo que responde afirmativamente a la pregunta de si toma la medicación prescrita todos los días, conteste negativamente a la pregunta de si a menudo olvida tomar la medicación.

Validez

Lo que observamos no es la naturaleza misma, sino la naturaleza expuesta a nuestro método de cuestionamiento.
(Werner Heisenberg)

La validez de un cuestionario es la capacidad de medir aquello para lo que ha sido diseñado. Al igual que la fiabilidad, son varios los aspectos de la validez que se pueden medir.

La *validez lógica o aparente* es la medida en que a simple vista el cuestionario mide lo que tiene que medir, intuitivamente se ve que tiene sentido, las preguntas parecen razonables.



La *validez de contenido* se refiere a si el cuestionario contiene todos los aspectos relacionados con el concepto de estudio. Un cuestionario sobre calidad de vida, por ejemplo, es lógico que incluya aspectos como satisfacción general ante la vida, medidas de la actividad física, emocional, intelectual y social.

La *validez de criterio* mide la concordancia entre los resultados de un cuestionario y un método considerado de referencia (en inglés gold standard). Por ejemplo, se puede comprobar el consumo de alcohol declarado por el encuestado valorando el grado de equilibrio cuando se le pide que suba la pierna, apoye el codo sobre la rodilla y se toque la nariz con el pulgar. No, es broma, en un control de alcoholemia no creo que esto le sirva a la policía, utilizan métodos más válidos, como el alcoholímetro o el análisis de sangre (prueba considerada de referencia).

La validez de criterio es sin lugar a dudas la más importante, la que de verdad dice si el cuestionario está midiendo lo que tiene que medir, pero no siempre es evaluable porque no siempre hay métodos de referencia. ¿Cuál es el método de referencia que mide la calidad de vida o el dolor que experimenta un paciente? Y si hay un método de referencia, ¿Por qué no utilizarlo siempre? Porque suelen ser métodos caros, invasivos, con importantes efectos adversos o que pueden requerir mucho tiempo.

Mediante la validez de constructo o de concepto, lo que se evalúa es la correlación con otras variables que se sabe que sí están relacionadas con el concepto a medir. En un cuestionario

de calidad de vida se espera que los pacientes diabéticos con mejor control de síntomas tiendan a tener mejor calidad de vida que aquéllos con los síntomas peor controlados. En pacientes con cáncer se espera que los pacientes en estadio I puntúen mejor que pacientes en estadio IV y en la población general se espera que las personas mayores en general puntúen peor que las personas más jóvenes, ya que suelen padecer más problemas de salud.

Oímos sólo aquellas preguntas para las que estamos en condiciones de encontrar respuestas.
(Friedrich Nietzsche)

También podemos utilizar varios cuestionarios en la misma población, y comprobar que si miden lo mismo dan los mismos resultados (*validez convergente*) y si miden cosas diferentes dan resultados distintos (*validez discriminante*). Por ejemplo, varios cuestionarios que midan la ansiedad deberían dar resultados concordantes, pero estos resultados deberían diferir de los de un cuestionario para medir la depresión.

Sensibilidad al cambio

Pero también su sensibilidad, que tan hábilmente disfrazaba de audacia.
(Miguel de Delibes)

Como la misma palabra indica, un instrumento de medida es sensible al cambio cuando es capaz de detectar pequeños cambios. Sería el caso de un cuestionario que detecta una mejora en la calidad de vida tras la angioplastia coronaria o la ventilación domiciliaria no invasiva.

En general, un cuestionario es tanto más sensible al cambio cuanto más potente sea la escala de medida, cuantas más categorías de respuesta tenga. Es mucho más fácil detectar cambios en la calidad de vida, por ejemplo, si se mide mediante una escala de 0 a 100 que si se mide con una variable con sólo tres posibilidades de respuesta, buena, regular o mala calidad de vida. En este último caso el cambio tiene que ser drástico para ser detectado.

La sensibilidad al cambio se comprueba llevando a cabo dos o más mediciones en un grupo de pacientes que han recibido un tratamiento de reconocida eficacia, un tratamiento que sabemos que provoca cambios (preferiblemente un ensayo clínico aleatorizado).

Viabilidad

La factibilidad o viabilidad de un cuestionario se refiere a la posibilidad de administrarlo en una determinada población o contexto. Por ejemplo, un cuestionario complejo puede ser poco factible en niños, y un cuestionario largo poco factible en la práctica clínica habitual, donde se dispone de poco tiempo. La forma de medir la viabilidad es según el número de respuestas perdidas y el tiempo necesario para rellenarlo.

Lo que la gente considera como el momento del descubrimiento es realmente el descubrimiento de la pregunta.
(Jonas Salk)

Correspondencia:

amim

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



VERANO 2016 EN CLEN COLLEGE

CENTROS LINGÜÍSTICOS

Descuentos de hasta un 50% para médicos e hijos/as

Niños de 4 a 13 años	Niños de 7 a 14 años	Adolescentes de 14 a 17 años	Recuperaciones de 12 a 18 años	Adultos > 16 años
CAMPAMENTO URBANO [1]	CAMPAMENTO RESIDENCIAL	CONVERSACIÓN [1]		INTENSIVOS DE INGLÉS, FRANCÉS, ALEMÁN Y CHINO [2]
INGLÉS, ALEMÁN, FRANCÉS Y CHINO		INGLÉS, ALEMÁN, FRANCÉS Y CHINO	INGLÉS, ALEMÁN, FRANCÉS	
SERVICIO DE COMEDOR Y GUARDERÍA	EN CLUB DE CAMPO SEÑORÍO DE ZUASTI. MULTIACTIVIDAD Y AVENTURA EN INGLÉS.			
Fechas: Julio • Del 18 al 29 Agosto • Del 1 al 12 • Del 16 al 26 • Del 29 de agosto al 9 de septiembre.	Fechas: Julio • Del 17 al 22 Agosto • Del 21 al 26	Fechas: Julio • Del 18 al 29 Agosto • Del 1 al 12 • Del 16 al 26 • Del 29 de agosto al 9 de septiembre.	Fechas: Agosto • Del 1 al 12 • Del 16 al 26 • Del 29 de agosto al 9 de septiembre.	Fechas: Julio • Del 18 al 29 Agosto • Del 1 al 12 • Del 16 al 26 • Del 29 de agosto al 9 de septiembre.
Horario: De 9 a 13 h.		Horario: De 9 a 11 h. o de 11 a 13 h.	Horario: De 9 a 11 h. o de 11 a 13:15 h.	
Los médicos colegiados en Navarra y sus hijos/as disfrutarán de descuentos de hasta un 50% en los cursos intensivos, campamentos y actividades programadas durante el verano del 2016 por Clen College, Centros Lingüísticos. Rochapea: Marcelo Celayeta, 75 Nave B2, puerta 2ª, Of. 58 31014 PAMPLONA Tel: 948 172 391 Fax: 948 175 861 Colegio de Médicos: Avda. Baja Navarra, 47 31002 PAMPLONA Tel: 948 172 391 Fax: 948 175 861 Mendebalde: Irunlarrea, 8 Entreplanta 31008 PAMPLONA Tel: 948 267 852		[1] Descuento 50% para hijos/as de médicos. [2] Descuento 50% para médicos e hijos/as sobre el precio de nuevo alumno. [3] Descuento 15% para médicos e hijos/as	EXÁMENES EOI de 14 a 17 años [2]	INTENSIVOS CAMBRIDGE [3]
			INGLÉS, ALEMÁN, FRANCÉS Y CHINO	Fechas: FCE: Del 20 de julio al 14 de agosto (Examen 18 de agosto). CAE (1): Del 18 de julio al 14 de agosto (Examen 19 de agosto). CAE (2): Del 1 de agosto al 8 de septiembre (Examen 10 de septiembre).
			Fechas: • Del 16 de agosto al 2 de septiembre.	
			Horario: De 9 a 11 h. o de 11 a 13:15 h.	INTENSIVOS EOI
				Fechas: • Del 1 al 12 de agosto. • Del 16 de agosto al 2 de septiembre.

MEDICAL ENGLISH COURSE

53

Clen College organiza un curso específico e intensivo para médicos

Fecha: 29 de agosto al 9 de septiembre.
Duración: 20 horas.
Horario: De 16 a 18h. / 18 a 20 h.
Precio: 185 €.
Inscripción: repcion@clencollege.com

Se exige un nivel mínimo B1 (intermedio).

Información e inscripciones:
Tel. 948 17 23 91
repcion@clencollege.com
www.ihpamplona.es

La matrícula a los cursos permanecerá abierta durante todo el verano.

Módulo			General Objective	Specific Objective	Task
1	Hospitals and specialists	• Wards and departments. • Medical specialties.	Familiarization with British Hospital systems.	Specific objectives: Practice and use specific target language. Layout of hospitals.	Create your own ideal hospital.
2	GP	• Dealing with patients. • In a doctor surgery. • Symptoms, Diagnose and Treatment	Understanding and interpreting how the patients describe their symptoms (pain, ache...).	Descriptive language and adverbials to describe illnesses	Role play.
3	Examining a patient	• Giving basic instructions to patients and monitoring their results.	To get familiarized with action verbs to understand cause/ effect in a patient.	Exposing participants to different patients' descriptive language. Making a diagnosis and treatment and recommendations.	Role play.
4	A&E (Accident and Emergency) (ER-USA) Emergency Room	• Personnel. • 999 calls. • Interpretation and evaluation of calls. • Action and diagnose.	To expose participants to different linguistic and lexical language.	Exposure to different accents. Direct Q&A. Exposing participants to specific language: traffic accidents, falls, drowning, poisoning, burning, wounds and injuries.	House fact /fiction.
5	Lifestyle and Health	• Screening and preventive medicines; medical check-ups. • Illness Today (Obesity, anorexia and bulimia).	Exposing participants to differing lexis' and structures that allow effective interaction.	Acquisition of target language placed into context.	Compare and contrast now and then-Role play (debate).
6	Presentations		Presentational language in a medical context.	To be able to deliver a presentation related to work making appropriate use of the language.	





VEN Y CÁSTATE CON NOSOTROS

¿Por qué casarse en el
Restaurante El Colegio?

Para poder disfrutar de uno de los días más importantes de tu vida en un edificio singular y exclusivo para vosotros.

¿Cómo se confeccionan
los menús?

Nosotros damos las opciones y vosotros hacéis el menú, según vuestras preferencias gastronómicas. Igualmente, con los aperitivos, sois vosotros los que elegís (cortador de jamón, coctelera, estación nórdica, buffet de quesos, etc).

Siempre con el asesoramiento y la experiencia de nuestro personal.

¿Se pueden realizar bodas
civiles en el Colegio?

Sí, ya son varias las bodas que han realizado el enlace en el Restaurante. Equipamos los dos salones (Izu y Urmeneta) para la ceremonia. Este tipo de bodas las denominamos exclusivas, ya que toda la casa está para la celebración de la boda.

Al estar en el centro ¿hay
problemas para aparcar?

Generalmente, al ser sábado, no suele haber problemas ya que a escasos 50 metros hay una gran zona de aparcamiento. Hay, además, varios parking de pago en los alrededores.

¿Cómo funciona la discoteca?

El Restaurante dispone del DJ, que os diseñará una velada adaptada a vuestros gustos y preferencias.

¿Hay posibilidad
de realizar recena?

Sí, ofrecemos dos opciones: un tentempié que se realiza mientras se está en la discoteca y otra, más exclusiva, que es el buffet con plancha de hamburguesa, arroz a banda, chocolate con churros, una gran variedad de aperitivos, café, pastelitos...

¿Por ser colegiado
se tiene alguna ventaja?

Obviamente, todo colegiado siempre tiene ventajas. En el caso de las bodas se aplica un descuento, pero lo recomendable es que cuando soliciten información comenten que son médicos y les detallaremos las ventajas.



Restaurante

EL COLEGIO



En estos días de verano y altas temperaturas os recomendamos un postre fresquito, sencillo y rápido para hacer más llevadera la sobremesa. Luego, cada uno le puede dar un toque personal, con un helado diferente -pero que sea cítrico-, con frutas exóticas o lo que uno más desee.



Sin alérgenos e intolerancias alimentarias.

El Restaurante El Colegio incluye en su carta información acerca de los ingredientes alergénicos empleados en sus menús, cumpliendo así con el Reglamento de la UE 1169/2011 sobre obligaciones en materia de información alimentaria.

De esta forma, apuesta por la seguridad alimentaria, garantizando la ausencia de alérgenos en determinados platos para que el comensal los pueda consumir sin riesgo.

La carta incluye 14 grupos de alérgenos sobre los que advierte al cliente: cereales con gluten, crustáceos, huevos y productos a base de huevo, pescado, cacahuetes, soja, leche y sus derivados (incluida la lactosa), frutos de cáscara (almendras, avellanas, nueces, anacardos), apio, mostaza, granos de sésamo, altramuces, moluscos y sofritos.



RESTAURANTE EL COLEGIO
Avda. Baja Navarra, 47 - 31002 PAMPLONA

Tel. 948 226 364

www.elcolegiocomgresosyrestaurantes.com

Escanea el código QR para obtener más información

MINISTRONE DE FRUTAS CON TEJA DE NARANJA Y HELADO DE LIMÓN Y MORA

Minestrone de Frutas:

Ingredientes:

2 naranjas, 2 kiwis, 2 peras, 1 melocotón, 4 fresas,
1 manzana, arándanos rojos, ¼ piña, ¼ mango, 6
frambuesas, ½ litro de zumo de naranja.

Elaboración:

Pelamos y picamos todas las frutas en cuadraditos pequeños y cuando estén cortadas añadimos el zumo de naranja (opcional es ponerle un poco de cointreau).

Teja de Naranja:

Ingredientes:

250 g de azúcar glass, 50 g de azúcar, 325 g de harina,
100 g de glucosa, 225 g de zumo de naranja, 350 g de
mantequilla.

Elaboración:

Derretimos la glucosa, con parte de zumo, a fuego suave. Después, añadimos los azúcares, la harina y finalmente la mantequilla derretida. En una placa con papel sulfurizado extendemos las tejas de naranja. Introducimos la placa al horno precalentado a 180°. Una vez coja color dorado, sacamos las tejas a un molde de tejas y dejamos enfriar (si no se tuviese molde, se puede hacer con una botella bien limpia).

Montaje:

En un plato llano colocamos dos tejas de naranja y sobre ella ponemos la minestrone de fruta bien escurrida. Añadimos dos bolas de helado, una de mora y otra de limón. Podemos decorar con una ramita de menta o incluso con una phisalia.

QUERIDO COLEGIADO: TUS CONGRESOS, TUS JORNADAS, TUS REUNIONES, *en tu colegio*



Ventajas:

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

*20 años de experiencia
organizando eventos
profesionales y
sanitarios*



Salón 'La Pergola' con capacidad para 200 personas



Salón de Congresos con capacidad para 300 personas



Colegio de Médicos, un lugar emblemático de Pamplona

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

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.

Prosín Informática

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

AMA

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

Gazpi, s.a.

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

Rigel - Diseño de interiores

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

Servicons, Reformas & Interiorismo

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

Salinas. Selección y Diseño s.l.

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

Previsión Sanitaria Nacional

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

Ford Pamplona Car

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

Óptica Unyvisión

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

Visión Natural

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

Gorricho Sistemas de Descanso

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

Muebles
SASKIA
UN MUNDO DE IDEAS

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



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



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



COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

María Antonieta, reina de Francia

(1ª parte)

***“Cuando la tiranía se derrumba
procuremos no darle tiempo para
que se levante”
(Maximiliano Robespierre)***

♦ JESÚS REPÁRAZ PADRÓS

Pocos acontecimientos han influido de forma tan decisiva en la historia moderna de Europa como la Revolución Francesa de 1789. Sus consecuencias y las de la posterior irrupción de la figura de Napoleón Bonaparte en la escena política continental fueron de enorme trascendencia y afectaron no sólo a Francia, sino a la práctica totalidad de las monarquías europeas. Al igual que la mayoría de los sucesos históricos que adoptan una forma violenta de expresión, los movimientos revolucionarios suelen ser la culminación de un proceso de gestación largo y doloroso. El alzamiento francés contra el Antiguo Régimen representado por la monarquía borbónica no fue una excepción a esta regla. Francia, que bajo Luis XIV (1661-1715) había llegado a ser la primera potencia del mundo, emprendió durante el reinado de Luis XV (1715-1774) una serie de desafortunadas campañas bélicas que devastaron su territorio, arruinaron su economía y le hicieron perder la mayor parte de sus posesiones ultra-



marinas. De ese modo, a la llegada al trono de Luis XVI, en 1774, la nación se hallaba al borde de una crisis global como nunca hasta entonces había conocido.

Cuatro años antes de su coronación, en 1770, Luis XVI había contraído matrimonio con la archiduquesa María Antonieta de Austria, hija de Francisco de Lorena y de la emperatriz María Teresa de Habsburgo. Por aquel entonces, las relaciones entre Austria y Francia no atravesaban su mejor momento. Ambas naciones se habían enfrentado entre 1740 y 1748 en la llamada Guerra de Sucesión Austriaca, un intrincado conflicto de intereses internacionales del que tanto franceses como austriacos habían resultado seriamente perjudicados. Austria, en particular, se había visto humillada por la pérdida de la región de Silesia, que en 1748 pasó oficialmente a formar parte del recién creado reino de Prusia. En los años siguientes, la política agresivamente expansionista del rey prusiano Federico II hizo que el objetivo fundamental del gobierno de María Teresa fuese el establecimiento de alianzas defensivas con terceras potencias capaces de proteger a Austria de la voracidad de su vecino germánico. Naturalmente, Francia era una de esas potencias cuyo respaldo tanto codiciaba Austria. Por consiguiente, cuando en 1770 María Antonieta fue desposada con el heredero del trono francés, la emperatriz vio en aquel enlace la recompensa que, por fin, venía a culminar sus largos años de esfuerzo por la patria: absorta como estaba en su regocijo, María Teresa no podía sospechar aún el trágico destino que la corona gala tenía reservado para su hija.

“No tardó en descubrir la debilidad de carácter y el apocamiento de su marido, el rey Luis XVI”



María Antonieta de Austria vino al mundo en el palacio vienés de Hofburg el 2 de Noviembre de 1755. El día anterior, un temblor de tierra de enorme violencia había sacudido Lisboa causando miles de víctimas y reduciendo a escombros la residencia de los padrinos de María Antonieta, los reyes de Portugal; ello, sumado al hecho de que el nacimiento de la princesa hubiera coincidido con la celebración del Día de Difuntos, hizo concebir en algunas mentes supersticiosas infustos presagios sobre el futuro de la niña. No obstante, la placidez con que transcurrieron los primeros años de la vida de María Antonieta pareció disipar aquellos malos augurios. En medio del ambiente más bien relajado de la Corte imperial austriaca, tan sólo el sentimiento de verse desatendida por su madre llegaba a enturbiar, de cuando en cuando, la felicidad de María Antonieta. Aquella

falta de interés materno se acompañaba al mismo tiempo de un excesivo rigor en ciertos detalles sin importancia, lo que desconcertaba a la pequeña archiduquesa. Por lo demás, y al margen de esta escasamente afectuosa relación con su madre, nada de trágico ni amenazador hubo en la infancia de María Antonieta que pudiera afectar al desarrollo de su carácter.

De niña, María Antonieta fue una muchacha dulce, tierna y bondadosa, aunque al mismo tiempo inquieta, alocada y extrañamente refractaria a cualquier tipo de enseñanza. Hacia 1767, cumplidos ya los doce años de edad, apenas había aprendido a leer y escribir; su ortografía era abominable y su desconocimiento de las humanidades prácticamente absoluto. Tampoco los idiomas –imprescindibles en la formación de cualquier princesa– parecían

interesar a María Antonieta, y únicamente la música logró ejercer sobre ella una cierta atracción; de hecho, su habilidad con el clavicordio era notable, y a menudo ofrecía pequeños conciertos a ministros, embajadores y otros personajes de la Corte.

Siendo María Antonieta todavía una adolescente, se declaró en la capital vienesa una epidemia de viruela que acabó con la vida de varios miembros de la familia imperial, entre ellos dos de las hermanas mayores de la archiduquesa. Como resultado de esta calamidad, María Antonieta quedó convertida en la única candidata posible para llevar a término el gran sueño político de su madre: el establecimiento de una alianza matrimonial entre las Coronas de Austria y Francia. El proyecto, surgido en la mente de María Teresa años atrás, se hallaba ya muy adelantado por la época en que la viruela azotó Viena, y acelerado por el curso de los acontecimientos acabó concretándose a finales de 1769.

La noticia del compromiso del Delfín fue recibida en Francia con frialdad. María Teresa era perfectamente consciente de que los viejos prejuicios que la Corte francesa albergaba contra Austria difícilmente podían desvanecerse en virtud de un simple matrimonio, pero este asunto no parecía preocuparle demasiado. Para una mujer racional y pragmática como ella, lo realmente importante era que al fin había logrado concertar el enlace que consideraba vital para la seguridad del Imperio, y el resto carecía de trascendencia. Por otra parte –y esto es lo que ocupaba ahora su mente–, había que garantizar lo antes posible la educación de María Antonieta de un modo acorde a su nueva condición. Para desempeñar esta labor eligió como preceptor al abad de Vermond, un reputado doctor de la Sorbona que, no sin dificultades, consiguió que la princesa completara en pocos meses la instrucción mínima exigible a una reina de Francia. Así pues, una vez cumplidos los plazos estipulados, la boda se celebró por



poderes en la iglesia de los Agustinos de Viena el 19 de Abril de 1770. Algunos días más tarde, María Antonieta fue formalmente entregada a las autoridades francesas en una isla fronteriza del Rin situada entre las localidades de Kehl y Estrasburgo.

Convertida ya en la esposa del Delfín, María Antonieta no tardó en descubrir la debilidad de carácter y el apocamiento de su marido. Éste, huérfano desde niño y educado bajo la rígida supervisión del señor de Vauguyon, era un joven sombrío y melancólico, torpe de ademanes y lento de entendimiento. En un principio, su matrimonio con la alegre y algo frívola María Antonieta no aparentó producir en él efectos apreciables; tampoco el posterior fallecimiento de su abuelo, el rey Luis XV, pareció impresionarle en exceso, pese a que aquella muerte lo convertía en el nuevo rey de Francia sin haber cumplido aún los veinte años de edad.

Como inmediatamente quedó de manifiesto a ojos de todo el mundo, Luis XVI no había nacido para reinar. Desde el momento mismo de su llegada al trono encargó el manejo de las maltrechas finanzas francesas –y el del gobierno en general– a una serie de ministros cuyos intentos de reforma fiscal chocaron siempre contra la radical oposición de la aristocracia. Fruto de este desorden financiero y de la extensión de la pobreza, el descontento fue creciendo entre las clases populares, pero el rey nunca dio muestras de ser capaz de controlar la situación. Mientras tanto, María Antonieta, ajena a estos problemas, había empezado a conocer y a padecer en sí misma la proverbial malevolencia de la Corte francesa. La inquina que hacia ella mostraron siempre sus tías políticas (las tres hijas de Luis XV), los libelos infamantes que sobre su vida privada circularon sin cesar con el único fin de desprestigiar a la Monarquía y, sobre todo, el extraño desinterés de su marido por los asuntos conyugales (algo de lo que la emperatriz María Teresa culpaba a su propia hija) fueron dolorosas advertencias que hicieron comprender a María Antonieta las dificultades que habría de hallar en su nueva patria. Entre las acusaciones lanzadas contra ella –falsas en su mayoría–, quizá la más humillante resultara ser la de su presunta bisexualidad. Con ánimo injurioso y calumnioso se le atribuyeron amíos con personajes de la Corte de uno y otro sexo, entre los que se contaban su cuñado el conde de Artois, la princesa de Lamballe y

la duquesa de Polignac. Para mayor infortunio, la presunta indiferencia sexual de Luis XVI (debida, en realidad, a una simple fimosis que acabó solucionándose en el quirófano del doctor Moreau) contribuyó también a alimentar los rumores sobre las supuestas perversiones de la reina. Durante los años que

María Antonieta vivió en Francia, infundios de esta índole la acompañaron allí donde se hallara, sin que ella pudiera –y, al final, ni aun quisiera– verse libre de ellos hasta el mismo día de su muerte.

Sorprendentemente, y a pesar de estos obstáculos, la relación entre Luis y su esposa fue creciendo en armonía con el paso del tiempo y, junto con ella, creció también la influencia de María Antonieta sobre el rey. No se trataba, sin embargo, de una influencia dirigida a condicionar decisiones políticas propias del gobierno (como de modo falaz denunciaban los libelos), sino orientada simplemente al beneficio personal de la reina. Y es que, aunque inocente de muchas de las imputaciones que se le hicieron, es evidente que María Antonieta no era, ni mucho menos, un modelo de virtudes del que un hombre como Luis XVI pudiera recibir ejemplo edificante alguno. A este respecto, sólo el influjo que una mujer vanidosa y egoísta podría ejercer sobre un esposo pusilánime explicaría la disparatada compra de los fabulosos pendientes de diamantes que, por valor de 350.000 libras, hizo el rey Luis al joyero Böhmer en el verano de 1774, mientras el ministro Turgot trataba de aplicar medidas de ahorro para aliviar la bancarrota del Estado. El pueblo francés, que a diferencia de los nobles todavía apreciaba a María Antonieta, encontró en el incidente motivos suficientes para comenzar a desconfiar de ella. Con todo, la reina no estaba dispuesta a privarse de sus caprichos, y a aquel derroche le siguieron otros aún mayores e igualmente injustificables. También por aquella época, María Antonieta comenzó a aficionarse a los juegos de azar, a frecuentar pasatiempos onerosos y extravagantes y a dilapidar sumas enormes de dinero en la decoración de su refugio campestre favorito: *el Petit Trianon*.

Cuando, a comienzos de 1779, María Antonieta enfermó de rubeola, fue su propia ligereza de carácter la que convirtió el acontecimiento en un escándalo social. Motivos para ello no faltaron, puesto que la reina –ante la cándida pasividad del rey– designó como acompañantes en su convalecencia a cuatro cortesanos (los duques de Choigny y de Guines, el barón de Besenval y el conde de Esterházy) de más que dudosa reputación. El asunto desató las burlas de la Corte, *“en donde se trató de adivinar cuáles serían las cuatro damas elegidas por el rey en caso de caer él enfermo”*.

• **SALVADOR
MARTÍN CRUZ**

No me produce rubor alguno decir que soy un enamorado de las Canarias y lo mismo me ilusiona perderme por Garajonay, que hacerlo por Timanfaya, la Caldera de Taburiente o la Graciosa, que emocionarme ante la grandeza del Teide o la del Roque Nublo; todavía se me eriza el bello de los brazos cuando recuerdo a Mari Sánchez, cantando con Los Bandama, la Sombra del Nublo. Y, sin embargo, recomendaría a todo el mundo que visita las islas bajar al Valle de Masca, en el Parque Rural del Teno, en la punta noroeste de Tenerife, después de haberlo contemplado desde el Mirador de Cherfe. Eso sí, con suma prudencia ya que la carretera es endiablada. El valle termina asomándose al Atlántico cerca de la Punta de la Galera, mediante una pequeña playa sólo accesible a pie o en barco, después de atravesar todo un caos de acantilados volcánicos, -se dice fue refugio de piratas-, tajados por profundos barrancos como si se tratase de mantequilla, sobre los que cabalgan algunos caseríos: Lomo de Masca, Juan López, El Turrón, La Bica...



El caserío de Masca, en general, está considerado como la mejor muestra de arquitectura rural de todas las islas, gracias a que permaneció aislado hasta no ha mucho, sólo comunicado por el llamado Camino el Guanche, y donde, como en Agulo (Gomera), todavía no ha mucho había quien se desplazaba saltando con pértiga de risco en risco. Alguna guía habla de grabados rupestres cerca del Caserío de Masca, otras de la Casa de los Avinculados, en el Caserío de Piedra -no puedo opinar, no conozco ni las unas ni la otra-, pero sí sé que cuando me asomé al Mirador de Cherfe, y luego descendí por la carretera, valle abajo, me juré perderme algún día por él con una tienda de campaña y lo necesario para subsistir unos días, (todavía era joven...), más allá de donde ésta termina.

El Valle de Masca (Tenerife)

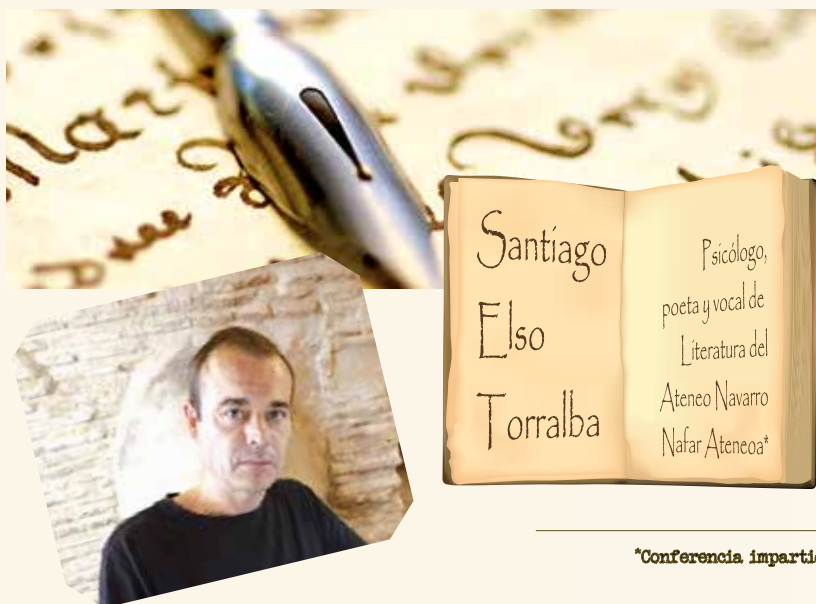
acantilados volcánicos
y arquitectura rural

FICHA PRÁCTICA

Dado lo pronunciado del descenso y las curvas de la carretera, desde luego que no recomendaría la visita en días lluviosos, sobre todo si se desea alcanzar la playa varios kilómetros más allá de donde transita aquella. Llevar calzado y ropa adecuada, además del móvil, por si acaso... La mejor manera de acercarse es siguiendo la TF-1 hasta Adeje, para continuar por la carretera TF 82 hasta Santiago del Teide y, de allí, alcanzar el valle por la 436. También se puede llegar por el norte, desde Garachico, por la carretera TF 421 hasta San Juan del Reparo, donde se toma la ya citada TF 82, aunque en sentido contrario, hasta Santiago del Teide.

Hay varias casas rurales en el entorno, lo mismo que varios restaurantes y algún que otro hotel, aunque dadas las distancias, tanto la estancia como el yantar no son problema. Las comidas más típicas de Tenerife son el gofio, las papas arrugadas con mojo (picón o verde), el cocido y el rancho canarios como entrantes; el conejo en salmorejo, el cabrito en salsa y las costillas con papas y piña entre las carnes; y entre los pescados, dejando a un lado el escaldón, la vieja y el pulpo guisado, aunque en cualquier restaurante costero se puede comer un extraordinario pescado fresco (muchos tienen la costumbre de sacarte unas bandejas con el pescado que tienen para que elijas). En una ocasión, cerca de Garachico, me sacaron un abadejo fresco hecho a la parrilla que se salía del mundo. Para postre y aunque hay algunos tan típicos como el frangollo o el bienmesabe, incluso un buen queso de cabra, el plátano canario sigue siendo mi preferido, aunque la piña de la isla tampoco es una tontería; igual que a la hora de elegir un vino, lo mejor es dejarse llevar y tomar un vino de la tierra, que lo hay y francamente aceptable. Por primera vez en estas líneas no sé, fuera de las guías habituales (Azul, Anaya y Touring, la del País-Aguilar es del año 1994), qué libro recomendar como lectura. Dada la naturaleza tinerfeña de Vázquez Figueroa y como no conozco nada relacionado con la literatura de las islas, me atrevería a sugerir *Viracocha*, *Tuareg* o *La Iguana*.





Médicos...

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

La lista de los médicos que han hecho una aportación importante al mundo de las letras es extensa. Acudirán en seguida a nuestra mente los nombres de Antón Chéjov, Sir Arthur Conan Doyle, François Rabelais, William Somerset Maugham, Robin Cook, Maimónides, Avicena, Oliver Sacks, Sigmund Freud y otros muchos. Su contribución al mundo de la literatura es incuestionable y muchas de las obras que surgieron de sus plumas son ya clásicos indiscutibles de la literatura.

En ese inventario de médicos-escritores encontramos ilustres novelistas, afamados dramaturgos, cuentistas geniales, destacados ensayistas e historiadores insignes. No obstante, rara vez se menciona a aquellos que, además de galenos, fueron poetas. Merece la pena corregir dicho olvido. Aun siendo menos conocida, es igualmente significativa la contribución que, estos médicos hicieron al mundo de la lírica a lo largo de los tiempos. No pocos de ellos sobresalieron en el pasado como excelentes poetas. Incluso hoy en día encontramos fácilmente alguno entre los más prestigiosos poetas del actual panorama literario.

Aprovechamos esta ocasión que nos brinda la I Jornada de Humanismo y Salud, celebrada en el Colegio de Médicos, para recordar la figura y obra de estos célebres poetas, así como algunos de sus versos: a Wang Wei, acaso el médico más joven de la historia, que fue uno de los mejores líricos de su época y un notable pintor de paisajes. A Friedrich Schiller, que además de médico, filósofo, historiador y dramaturgo, destacó como poeta y cosechó un enorme éxito en vida (no pocos de sus poemas fueron musicalizados por grandes compositores: Beethoven, Franz Liszt, etc). Al médico y poeta, además de músico, Thomas Campion. Y al autor de los Rubaiyat, Omar Jayyam, médico, matemático, astrónomo, físico y uno de los más brillantes y finos poetas de la humanidad. Recordamos a John Keats, excelso poeta británico del romanticismo, y para algunos el vate por antonomasia,

que estudió medicina, aunque escasamente la ejerciera. Recordamos a Erasmus Darwin, abuelo de Charles Darwin y uno de los últimos poetas médicos que desarrollaron sus teorías en libros didácticos, el cual adelantó en sus versos muchos de las intuiciones evolucionistas que, ochenta años más tarde, su nieto demostraría. A Edward Jenner, que descubrió la vacuna antivariólica, y al que le gustaba relajarse escribiendo poemas bucólicos. A Sir Charles Scott Sherrington, el cual relató en sus versos su asombro ante las maravillas de la fisiología. Al premio Nobel Sir Ronald Ross, que quiso en su juventud ser, por encima de todo, uno de los mejores poetas ingleses, y a quien el destino le otorgaría la ansiada fama inmortal, pero no por sus composiciones, sino por ser el descubridor del parásito del paludismo. Al estadounidense Dr. William Carlos Williams, autor de una de las más decisivas obras poéticas del siglo XX, el cual trabajaba infatigablemente en su oficio mientras dormía el poeta que había dentro de él, para que, cuando el primero descansaba al fin de su quehacer diario, el segundo pudiera componer sus versos. Recordamos algunos poemas del finlandés Claes Andersson, que compagina hoy su labor como psiquiatra con el oficio de hacer versos. Recordamos los conmovedores versos de japonés Takashi Nagai, médico radiólogo, poeta, pacifista, sobreviviente y héroe del bombardeo atómico de Nagasaki. Al endocrinólogo y humanista español Gregorio Marañón, al cual le debemos, además de su prosa clara y bellísima, algún que otro soneto. Y a muchos otros médicos poetas, como a Vital Aza, y a Ramón de Campoamor, y a tantísimos otros que han cultivado ambas disciplinas. Los recordamos, en el Colegio de Médicos de Navarra, aunque sólo sea porque Orfeo fue, además del mejor de los poetas, un médico: el único de los héroes antiguos que luchó sin lanza ni escudo, tan sólo con una lira con cuya música apaciguaba la cólera de los dioses y libraba a los hombres de sus enfermedades e impurezas.

SONETO DE LA MADRE CIEGA

(de Eduardo Ferreras)

*pero también
poetas*

Soy ciega y doy a luz. Mi paradoja
la dictó el mismo Dios. La luz se hizo
también para mis ojos; un hechizo
de carne rosa luce en mi congoja.

¡Dadme sol! Dadme luz, que la recoja
en las febles pupilas que encarnizo
de un iris zodiacal, que cristalizó
en este niño-sol que en mí se aloja.

Soy madre de retinas que del cielo
recogen luz y azul... y que, dichosas,
resbalan por la rosa terciopelo.

Las cuencas de mis ojos, tan umbrosas,
ya tienen por lo menos el consuelo
de que un ser, de mi ser, mire a las rosas.

¿Sueñas con grandes ventajas en tus vacaciones?

5%
dto. para
colegiados
en todas las
reservas*

(*) excepto en billeteaje. No
acumulable a otros descuentos
ni campañas.

Y ADEMÁS...

- Tramitación reservas y pagos no presenciales
- Tratamiento VIP especial colectivos
- Servicio SÍ, asistencia en destino
- Financiación 3 meses sin intereses
- Tarjeta Eroski Red
- Puntos Travel Club
- Tarjeta Club Eroski, campañas exclusivas y canjeo de dinero acumulado

EROSKI viajes

¿Sueñas? ¡Vuela!

INFORMACIÓN Y RESERVAS en todas las oficinas de Viajes Eroski en Navarra

**Oficina de
información y referencia**
Juan XXIII, 1 Bajo (San Juan)
Tfno.:
948196300
Correo elec.:
v0342@viajeseroski.es

Pamplona
• Serafin Olave, 29 Tfno.: 948 251333
• C.C. Eroski, Tfno.: 948302074
• Raimundo Lanas, 13 (Rotxapea)
Tfno.: 948135711
• Felipe Gorriti nº 43 Tfno.: 948291398
Barañáin
• Av. Central, 12 bajo trasera Tfno.:
948177799

Burlada
• Mayor, 37 Bis Tfno.: 948136778
Alsasua
• Zubetzia nº1 Tfno.: 948564335
Estella
• Mayor, 41 Tfno.: 948556110
Tafalla
• Recoletas, 8 Tfno.: 948703255

Tudela
• C.C. Eroski, Ctra Logroño-Zaragoza
Tfno.: 948412318
• Pº De Invierno, 2 Tfno.: 948844806
Corella
• Tajadas, 28 Bajo Izda
Tfno.: 948404000
Lodosa
• Azuda, 2 Tfno.: 948693728

El sexo forma parte de la naturaleza. Yo me llevo de maravilla con la naturaleza.

(Marilyn Monroe.
Actriz estadounidense.
1926-1962)

♦ IÑAKI SANTIAGO

Cuando era más joven que ahora, merodeando los 14 años, me llamaba poderosamente la atención ver a parejas de ancianitos agarrados de la mano en lo que a mí me parecía un maravilloso gesto de cariño, más por lo inusual que por el hecho en sí. Y si en un arranque de frenesí se atrevían a darse un cándido beso, aquello me sorprendía todavía más, eso sí, gratamente. Con los años me sigue agradando. Pienso que es una extraordinaria expresión de amor eterno e infinito respeto que ha aguantado el paso de la edad.

Y sin abandonar la adolescencia (la mía) y todavía abstraídos en esa idílica visión del enamoramiento, cuando todavía no sabías nada sobre la importancia del sexo para la perpetuación de la especie y el no menos importante deleite del cuerpo, de repente oías a tus mayores cómo, con tono grave ante sospechosas maniobras de goces onanísticos, te decían: —¡Niño, esas manos, que te vas a quedar ciego!

A lo que reaccionábamos, poniendo cara de pavo, sin tan siquiera entender el significado de semejante amenaza. Y eso cuando no soltaban aquella rotunda afirmación de:

—¡Que si te tocas se te va a licuar la médula!

Supongo que creencias de una época sumida en el ostracismo del ¡todo es pecado! Más vale que ahora, la medicina basada en la evidencia ha conseguido demostrar que tamaña aseveración no se apoyaba en ningún hecho fisiopatológico. Además, todos los mocetes de la ciudad veíamos al mono Charlie del parque de la Tacónera masturbarse como un poseso ¡y nunca se quedó ni paralítico, ni ciego! ¡Y con lo que le daba al manubrio, tamaño castigo le tendría que haber sobrevenido en menos de un mes! ¡Y eso sí que habría sido evidencia!

Pero bien es cierto que, bien por acción, bien por omisión, desde pequeños se nos alecciona para el sexo. Para lo bueno y para lo malo.

Y sin dejar la mocedad, ¡bendita mocedad!, me viene a la memoria, ¡bendita memoria!, el padre Alejandro, ilustre profesor de física, alias “el Boro”, al cual tuve el honor de conocer en el colegio. Su nombre no procedía como pueda suponerse de la inevitable tendencia a unir la física con el elemento químico denominado boro, no. Su nombre derivaba de su particular forma de hablar, con una voz nasal mezcla de barítono acatarrado masticando un chicle gigante y tonto del pueblo intentando hablar normal. Estoy convencido de que aquella particular forma de hablar emergía de su tremenda papada que, en un delicado ejercicio de equilibrio se apoyaba, cual avezado funambulista, sobre el borde superior de su ajado alzacuello. Aquello provocaba que cuando quería decir “bueno”, una típica coetilla suya, semejava en los oídos de los interlocutores a un sonido más parecido a “boro”. De ahí su apodo.

Pues bien, cuando la clase de física parecía que iba a acabar con todos los alumnos en brazos de Morfeo, resonaba de pronto aquella insólita voz

que, despertando hasta a los más dormidos, invitaba del siguiente modo a penetrar en el sórdido mundo de la sexualidad:

—¡Borooooo! ¡Un binutto para ver a una chica huapa que basha bor depajo de la pentana!

Y ahí que íbamos todos, corriendo como locos, dándonos empujones unos a otros, para ver “a una chica guapa que pasaba por debajo de la ventana” y, de paso, relajarnos del pestiño de clase que suponía la física, con sus condenados vectores, sus insufribles planos inclinados y sus infumables leyes de la termodinámica. Sin saberlo (o sí) “el Boro” nos sumergía de forma más o menos inocente (o no) en el oscuro, enigmático y atractivo mundo de la sexualidad. No en vano, era la época del “destape”, con el dictador Franco todavía caliente, al igual que la entrepiera de más de un ciudadano ante la visión en la gran pantalla de lo que parecía o se intuía podía ser la sombra de una teta mientras un jovencísimo Arturo Fernández intentaba abrazar a una modosamente sorprendida, amén de ligera de ropa, Nadiuska.

Y así, larvadamente, el sexo penetró en nuestras vidas. Lenta y mansamente. Hasta que te das cuenta de que el sexo y el amor van unidos, aunque, no siempre. Ya lo decía Groucho Marx: ¿Por qué lo llaman amor cuando quieren decir sexo?

La verdad, y volviendo al tema de la tercera edad, no todos los venerables ancianitos viven su sexualidad entendida como amor eterno. Algunos y algunas, llegados a edades augustas y señoriales y ya liberados de las ataduras morales vividas durante tantos años (a veces es lo que tiene la viudedad), no pueden soportar los picores entreperniles y se dedican a la práctica del sexo con una destreza más propia de avezados contorsionistas que de dulces y tiernos viejecillos.

Y si no, oído al parche.



LA INEXPLICABLE LUXACIÓN

Aquella buena mujer, ante la soledad que a veces acompaña el hecho de traspasar los ochenta años, llegado un buen día decidió que era el momento de vivir en una residencia donde estuviera atendida las 24 horas. Llevaba ya algún tiempo viviendo en una de las instituciones más prestigiosas de la zona. Y cara. No le importaba. Vivía bien.

Su único problema de salud se reducía a ser portadora de una prótesis de cadera derecha colocada hacía ya unos años. Nunca le había dado problemas. Le permitía pasear diariamente. Hasta que un buen día comenzó a gritar como una loca. Las asistencias de la residencia acudieron a la habitación de la octogenaria que, entre tremendos jayes!, se señalaba la cadera derecha que presentaba una posición digamos que forzada. La llevaron al hospital.

–¡¡Aaaaaayyyy!! –se quejaba la pobre mujer –¡¡Quitadme este dolor, por favor!!

–Tranquila mujer –le intentaban sossegar las asistencias.

–La radiografía demostró una luxación de la prótesis. “¡Qué cosa más rara que después de tanto tiempo se luxe la prótesis!”, pensaron prácticamente al unísono los médicos que atendían a la paciente.

–Tiene usted la prótesis fuera de su sitio y hay que meterla a quirófano para reducirla–le explicó el traumatólogo.

Dicho y hecho. Prótesis de cadera reducida y tras un par de días, de vuelta a la residencia.

A los pocos días, vuelta otra vez al hospital. Nueva luxación, nueva

reducción y de nuevo a la residencia. Y llegó una tercera.

–¡¡Aaaaaayyyy!!
¡¡Otra vez!! –se quejaba a gritos la anciana, retorcida de dolor y con la cadera más deformada

que la cara del *Ecce Homo* de Borja.

–¡Pero mujer, ¿qué hace para que se le luxe?! Con lo bien que estaba –le preguntó extrañado el traumatólogo.

Ante las reiteradas luxaciones, la buena mujer tuvo que contar la verdad, no sin gran sonrojo y vergüenza.

La aparentemente cándida señora reconoció que al poco tiempo de ingresar en la residencia, conoció y se enamoró perdidamente de un octogenario de buen porte e impetuosa entrepierna. Con el paso de los días las cosas fueron a más, hasta que decidieron que el sexo no tiene edad y que qué mejor que pasar a la acción. Aquella mujer, presa de sus instintos más básicos y ante el juvenil arrebató de su ardiente cómplice yació en su hasta entonces casto lecho y, al abrirse de piernas en espera del deseado deleite carnal, ¡¡ZAS!! La prótesis de cadera a hacer puñetas, un intento tras otro.

Tras la tercera alta hospitalaria, se le recetó reposo de la cadera, además, claro está, de sosiego y control de su libidinosa e irrefrenable efusividad amoratoria. A ella y a su fogoso amante.

¡QUÉ RARO QUE QUIERA GUERRA!

Aquel hombre, ya pasados los 70 años, regresó a su casa tras su habitual paseo matutino. Llamó a su mujer con la intención de informarle de su llegada, pero no recibió contestación alguna. Aquello le extrañó, ya que antes de salir a su acostumbrado garbeo diario, ella le había asegurado que no tenía previsto salir. Miró en la cocina. Nada. Miró en su habitación. Nada. Miró en el baño. Nada.

Se dirigió al salón de la casa y... ¡ahí estaba! Su mujer, con sus 69 magníficos años, le esperaba recostada en el sofá con un deshabillé de los de quitar el hipo que él recordaba haber visto hace ya bastantes años, cuando los encuentros sexuales de ambos eran fogosos, brutales, irracionales y e igual que sus actuales paseos: diarios. Ella le invitó a acercarse, con gestos insinuantes y ojos lujuriosos. Al buen hombre aquello le extrañó sobremanera. Su mujer no era así, pero... ¡Qué diablos! La ocasión la pintan calva y estaba claro que aquella era una de ellas. Así es que, ni corto ni perezoso, aceptó el juego.

Disfrutaron de lo lindo, como hacía mucho tiempo. Resultó agradable.

Al poco rato ella le pidió de nuevo guerra. Como él no sabía cuándo iba a darse una situación similar, entró de nuevo al trapo y sació por segunda vez su ardiente deseo.

La cosa se tornó extraña cuando, pasados unos breves minutos, la fogosa hembra, ávida de sexo, le volvió a solicitar una nueva incursión al agotado marido. Ante semejante situación, el extrañado consorte se percató de que aquello no era ni habitual, ni normal, por lo que cogió a su ardiente esposa y la trasladó a Urgencias, cada vez más preocupado.

Cuando llegaron al hospital y tras explicar el marido lo sucedido, la mujer afirmó no recordar absolutamente nada y hallarse totalmente abochornada ante las barbaridades que le oía a su impresionado esposo.

El diagnóstico final fue una amnesia global transitoria.

Desconocemos si desde entonces el marido ha vuelto a catar carne o si, por el contrario, aquel inaudito e insólito día quemó sus últimos cartuchos genitales y lo único diario de lo que creo que sigue gozando son de sus tranquilos paseos matutinos.

¡Angelicos!



“El médico en la mochila”: una guía práctica de primeros auxilios para montañeros y excursionistas

El Dr. Betelu recoge en este libro más de 50 fichas con consejos sencillos para hacer frente a cualquier situación (desde las leves a las muy graves) que se puedan presentar en una excursión, una expedición o un viaje a un país lejano. Incluye, además, interesantes anexos sobre medicación, maniobras de soporte vital, etc. “Se trata de un libro eminentemente práctico, de primeros auxilios en montaña y viajes de aventura, dirigido a personas sin conocimientos sanitarios”, explica este médico de urgencias, montañero y escritor.

La obra

El médico en la mochila no es un libro de medicina. Ni siquiera es un manual de urgencias para médicos/os o enfermeras/os. Es un completo manual, pensado para llevar siempre en la mochila, que con un lenguaje sencillo y claro nos permitirá reaccionar ante cualquier imprevisto o accidente que se nos presente. Para que disfrutar de la montaña siga siendo lo más importante.

Autor: **Kiko Betelu**.
Con ilustraciones de Joseba Iruzubieta “Iru” y prólogo de la alpinista Edurne Pasabán.

Editorial: Xplora.
Páginas: 160 pg.
Dimensiones: 11,5x18 cm
ISBN: 978-84-15797-34-0



El autor

K i k o Betelu es médico de urgencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, presidente de la Asociación SAYDES –con la que coopera, en Bolivia, desde hace diez años–, montañero y escritor.



Kiko Betelu y Joseba Iruzubieta “Iru” presentaron el libro, el pasado 9 de mayo, en el Colegio de Médicos. Les acompañaron el periodista Iñaki Makazaga y el alpinista y guía de montaña Koldo Aldaz.





DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**

PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR



www.amaseguros.com
902 30 30 10

Síguenos en     

Hasta un

25%*
dto.

en su Seguro de Hogar

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA

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 31 de diciembre de 2016. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.



Nuevo GLA 180. Donde desaparecen los límites.

Ponte a prueba con el GLA, un todoterreno compacto para el que no existen límites. Su diseño deportivo y su carácter atrevido lo convierten en el coche perfecto para la ciudad y para afrontar cualquier reto. Llévate ahora el nuevo GLA 180 con motor de gasolina y potencia de 122 CV. Por 30 €/mes** (IVA inc.) tienes 3 años de garantía, mantenimiento y piezas de desgaste (excepto neumáticos).

*IVA, IM, transporte y Plan PIVE 8 incluidos. Oferta válida hasta el 30/06/2016. Modelo visualizado no corresponde con modelo ofertado. **Según condiciones del Contrato de Servicio Excellent de Mercedes-Benz, limitado a 60.000 km.

GLA 180 por 27.600€*:

- Sistema multimedia Audio 20 con CD
- Llantas de aleación de 18"
- Servofreno de emergencia activo
- Faros bixenón

Consumo medio 5,6-6,0 (l/100 km) y emisiones de CO₂ 131-138 (g/km).

Mercedes-Benz
The best or nothing.



GAZPI

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

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