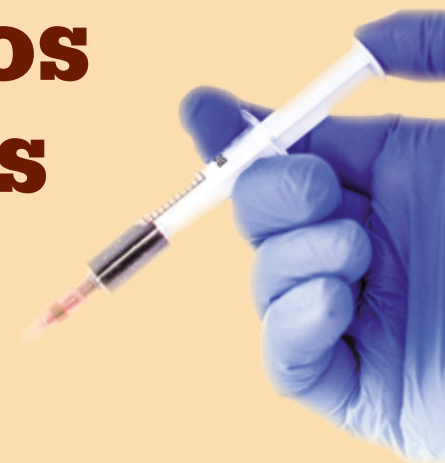


Cuidados paliativos en tres continentes



Monitorización
Intraoperatoria
en Nueva York



Juana María Zubicoa,
VII Premio Sánchez Nicolay
a las buenas prácticas médicas

**Elecciones
para la
renovación
de la Junta
Directiva**



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

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

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

*Ejemplo de financiación para un Clase A 200 d SPORTIVE AMG y cambio automático. PVP 31.675€ (impuestos y transporte incluidos. Gastos de preentrega no incluidos.) con las facilidades del programa Alternative de Mercedes-Benz Financiamiento España, E.F.C., S.A. -Avda. Bruselas 30- 28106 Madrid. Válido para solicitudes aprobadas y contratos activados hasta el 31/12/2016, teniendo el cliente un plazo de 14 días hábiles para ejercer su derecho de desistimiento. Importe a financiar 21.985,91€. Por 220€ al mes en 48 cuotas y una cuota final de 17.918,86€, entrada 9.689,09€, TIN 7,95%, comisión de apertura 657,38€ (2,99%). TAE 9,28%. Importe total adeudado 29.136,24€. Precio total a plazos 38.825,33€. Ejemplo válido para 20.000 kms/año. **Existen 3 posibilidades para la última cuota: cambiar el vehículo, devolviendo (siempre que se cumplan las condiciones del contrato), o adquirirlo pagando la última cuota. Modelo visualizado no corresponde con modelo ofertado. Más información en www.mercedes-benz.es

Clase A 200 d SPORTIVE AMG:

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

AMG
DRIVING PERFORMANCE



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

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA
Noviembre 2016 - Nº 115

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

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

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz

Publicidad:

Nelson. Estrategia & Publicidad
Tel: 948 32 19 09

Fotografía:

Redacción

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

- 12 Informe sobre bases del
modelo de autogestión y
evaluación clínica.**



- 18 Ética y Deontología:
sedación paliativa,
alimentación e
hidratación al final de la
vida.**



- 26 Resultados del estudio
PREDIMED (Prevención
con Dieta Mediterránea).**



- 34 Antídotos para la
hemorragia causada por
nuevos anticoagulantes
orales: han llegado para
quedarse.**



...y además

- 4 Editorial
- 5 Convocatoria elecciones
- 6 Premio Sánchez Nicolay
- 15 Formación
- 22 Testimonio Beca MIR
- 30 Sociedades científicas
- 34 Divulgación científica
- 44 Cooperación
- 46 Estadística
- 48 Asesoría jurídica
- 51 Coro colegial
- 52 Clen College
- 54 Restaurante El Colegio
- 58 Acuerdos comerciales
- 59 In Memoriam
- 60 Biografías médicas
- 64 Anecdótico
- 66 Firma invitada



EL COLEGIO DE MÉDICOS
DE NAVARRA EN TWITTER

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

La importancia de pertenecer a un Colegio y participar en sus elecciones

Entramos en periodo electoral en nuestro Colegio. La actual Junta Directiva ha dado luz verde a la convocatoria de elecciones a los cargos colegiales.

No es un puro trámite, es una invitación a participar en este proceso para asegurar que nuestro Colegio sea el referente de la profesión médica, y el interlocutor de los médicos de cara a la sociedad y a la Administración.

Se abre ahora una nueva oportunidad, sustentada en sólidos cimientos que otros médicos que respondieron a la llamada colegial han ido construyendo con el paso de los años. Podemos decir con orgullo que hoy, nuestro Colegio, es referente en muchos aspectos, pero quedan muchos otros por desarrollar.

La renovación de la Junta Directiva sigue siendo una apuesta por reforzar nuestra autoridad ética, moral y científica frente a la profesión y la sociedad; por ofrecer y desarrollar servicios de valor para los médicos de Navarra. Es por ello que os animamos a participar, desde la responsabilidad que cada uno considere.

Nuestro deseo es que estas elecciones sean la muestra irrefutable de que nuestro Colegio está más vivo, de que podemos confrontar ideas y sentirnos partícipes de un proyecto compartido. La soledad no es buena consejera y a los que pertenecemos a los órganos colegiales siempre nos acompaña la sombra de la desafección colegial. Ahora puede ser el momento de cambiar esta percepción.

Son muchas las actividades e iniciativas que el Colegio viene desarrollando, algunas incluso pioneras, por lo que nuestro deseo es que encontréis en el Colegio respuesta a vuestras necesidades. Y para acertar, no hay nada como saber qué se espera y necesita. Creemos que existen cauces y herramientas suficientes para ser parte activa en la crítica y en la participación colegial, que os animamos a utilizar especialmente en este nuevo periodo.

**Junta Directiva
del Colegio
de Médicos
de Navarra**



Elecciones para la renovación de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra

Presentación de candidatos hasta las 20 horas del día 30 de noviembre.

El Pleno ordinario de la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, celebrado el pasado 24 de octubre, acordó convocar elecciones para la renovación parcial en la Junta de aquellos cargos vacantes o que cumplen el mandato estatutario de cuatro años y que son:

- ▶ Presidente
- ▶ Vicepresidente primero
- ▶ Vicepresidente segundo
- ▶ Tesorero
- ▶ Secretario
- ▶ Vicesecretario

Vocales de:

- ◆ Medicina Hospitalaria
- ◆ Médicos en Formación
- ◆ Médicos colectiva/Ejercicio libre
- ◆ Medicina Rural
- ◆ Médicos Jubilados
- ◆ 3 Vocales de la Junta Comarcal de Tudela

De la misma forma, y según se recoge en los Estatutos del Colegio, los miembros de la Junta objeto de renovación continuarán ejerciendo sus cargos en funciones hasta que se produzca la toma de posesión de los cargos electos.

¿QUIÉNES PUEDEN SER CANDIDATOS?

Las condiciones para ser candidatos se recogen en el artículo 33 de nuestros Estatutos:

“Para ser elegible será necesario estar colegiado en el Colegio de Médicos de Navarra, hallarse en ejercicio de la profesión o haberse jubilado en el mismo para la elección de la Vocalía de Médicos Jubilados, estar al corriente del pago de las cuotas colegiales y no estar incurso en alguna de las siguientes situaciones:

- ***Estar condenado por sentencia firme que lleve aparejada la inhabilitación o suspensión para cargos públicos, mientras éstas subsistan.***
- ***Haber sido sancionado disciplinariamente en cualquier Colegio de Médicos, mientras no se haya cancelado la anotación de la sanción.***
- ***Nombramiento para un alto cargo de la Comunidad Foral o sus organismos autónomos, un cargo electo de las***

entidades locales o un cargo directivo en partidos políticos u organizaciones sindicales.

Para poder presentarse como candidato a alguno de los cargos de la Comisión Permanente se exigirá, además de las condiciones anteriormente expuestas, un mínimo de 8 años de colegiación en el Colegio de Médicos de Navarra”.

Se abre, por tanto, un periodo de presentación de candidatos hasta las 20:00 horas del día 30 de noviembre, mediante escrito dirigido a la Junta Electoral, en las oficinas generales del Colegio.

CALENDARIO ELECTORAL

Fecha de convocatoria de elecciones:

24 de octubre de 2016.

Plazo de presentación de candidaturas:

Hasta las 20 h. del 30 de noviembre de 2016.

Aprobación de candidaturas: 1 de diciembre de 2016.

En el supuesto de que únicamente se presente un candidato o candidatura por puesto a elegir, no se realizará el proceso electivo sino que la Junta Electoral proclamará directamente electo al candidato/os presentados.

Jornada electoral: 16 de enero de 2017.

CENSO ELECTORAL

Se encuentra disponible para consulta un censo general y otros particulares de cada sección colegial, así como en el de la demarcación comarcal de Tudela, en las sedes colegiales de Pamplona y Tudela. La inclusión de los votantes en el mismo será condición indispensable para poder ejercer el derecho a voto, según secciones:

- Para los cargos de Presidente, Vicepresidente primero, Vicepresidente segundo, Tesorero, Secretario y Vicesecretario pueden votar todos los colegiados incluidos en el censo electoral.
- Las vocalías de Medicina Hospitalaria, Médicos en formación, Médicos Colectiva/Ejercicio libre, Medicina Rural, Médicos jubilados y Junta Comarcal de Tudela recibirán el voto de los médicos censados en las correspondientes secciones colegiales.





» VII Premio Doctor Sánchez Nicolay

Juana María Zubicoa, galardonada con el premio Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas



♦ **Trini Díaz.**

El Premio Doctor Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas, que otorga el Gobierno de Navarra y el Colegio de Médicos, ha recaído en su séptima edición en la doctora Juana María Zubicoa Ventura, en reconocimiento a su trayectoria profesional, desarrollada en gran parte y hasta su jubilación en el Centro de Salud de San Jorge, en Pamplona.

La entrega del premio, una placa conmemorativa, tuvo lugar el pasado 25 de octubre en el Salón del Trono del Palacio de Navarra, y contó con la presencia del consejero de Salud, Fernando Domínguez; el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira; el presidente del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, Manuel García Bengoechea; la Junta Directiva del Colegio de Navarra, responsables del Departamento de Salud, compañeros de la galardonada y familia, ente otros.

En su discurso, el consejero de Salud destacó que el Premio es el *"reconocimiento personal a una médica que ha entregado y sigue entregando su vida al servicio de los demás, a sus cuidados y a sus necesidades, abarcando tanto la enfermedad como aspectos sociosanitarios"*. Recordó asimismo la *"vocación y el altruismo"* de la galardonada, y su papel en la creación de *"equipos de profesionales sanitarios y no sanitarios cohesionados e implicados en retos como la puesta en marcha de las consultas de procesos crónicos, o de programas específicos para minorías étnicas"*.

DIRECTORA, COMPAÑERA, AMIGA

La Dra. Lucía Marín, directora del Centro de Salud de San Jorge, tomó la palabra para hacer una semblanza de la premiada, en nombre de todos sus compañeros. Destacó tres facetas diferentes de su vida profesional: como directora, como compañera y como médico de Familia.



2. Rafael Teijeira (presidente del Colegio de Médicos), Fernando Domínguez (Consejero de Salud), Juana Zubicoa (galardonada) y Piva Antón (viuda del Dr. Sánchez Nicolay).

"Como directora –dijo Lucía Marín– supiste sortear las enormes dificultades que supusieron los inicios de la Atención Primaria en Navarra. Trabajaste por conseguir recursos, involucrando a quien fuera necesario y, sobre todo, propiciaste un buen ambiente de trabajo en equipo entre todos los estamentos, haciendo gala de tu talento conciliador. Fuiste la primera directora de San Jorge, pusiste la primera piedra de los cimientos sobre los que luego crecería nuestro equipo, hasta llegar a ser lo que somos hoy, haciendo nuestros aquellos valores".

Como compañera, la definió como "humilde, generosa, divertida, vivaz, facilitando la vida a los demás, con esa forma de estar con aparente relax y despiste, pero atenta, perceptiva, dispuesta siempre a echar una mano. Tenías suficiente energía y capacidad para formar a nuevas generaciones, que aprendieron de ti no sólo ciencia sino, sobre todo, el trato con los enfermos".

Como médico de Familia, enfatizó su forma de trabajar "eficiente, con resistencia y tenacidad ante las adversidades y limitaciones, cercana a tus pacientes, para los que no eras la Dra. Zubicoa, sino simplemente Juana y que al trasladarse de barrio, no querían dejar de ser atendidos por ti. Y todavía, cuando apareces por el Centro de Salud, vemos como tus antiguos pacientes te asaltan por el pasillo para pedirte consejo".

Sus compañeros de profesión describieron a la doctora Zubicoa como "una mujer entregada a su familia, a sus amigos, a quienes la necesitan, una persona serena y jovial, activa a conciencia, inteligente y afectuosa, de alguien que es, en el buen sentido de la palabra -como diría Antonio Machado- buena".

Premio Doctor Sánchez Nicolay

El Premio Doctor Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas recuerda la figura de este doctor, fallecido en 2005, "que fue pionero e innovador en Medicina Intensiva y que puso en marcha el primer embrión de UCI en Navarra", destacó el presidente del Colegio navarro, Rafael Teijeira.

Asimismo, Ignacio Sánchez Nicolay fue durante 17 años, de 1980 a 1997, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y también ostentó la presidencia de la Organización Médica Colegial de España, desde 1997 hasta 2001.

En ediciones anteriores fueron reconocidos con el Premio Doctor Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas:

- 2015 Jone Aizarna Rementería.
- 2014 Juan Luis Guijarro García.
- 2013 José Manuel Cenzano.
- 2012 Francisco Javier Barberena.
- 2011 Jesús Viguria.
- 2010 Manuel Gállego Culleré.



“Con este Premio ganamos todos”

«Tres generaciones del barrio pamplonés de San Jorge me han confiado su vida y salud»



Juana Zubicoa no quiso ser la única que recibía el Premio. Lo dedicó a todos los que le habían acompañado en su vida, laboral y personal, especialmente a sus compañeros del Centro de Salud de San Jorge con los que ha trabajado 25 años, y a su familia “que a pesar de ser de un medio rural, entendieron mi inquietud de ser médico, me facilitaron el acceso a los estudios y me animaron a seguirlos. Luego fue más fácil, ya que al descubrir lo que esta profesión ofrece y la ilusión que despierta eso te impulsa a seguir”.

Se siente satisfecha de su vida laboral, que le ha permitido disfrutar, sacar el máximo partido profesional y humano e inculcar ilusión a las nuevas generaciones. En su discurso, subrayó que “para poder seguir celebrando la entrega y recepción de este Premio a la Buena Práctica Médica Doctor Sánchez Nicolay debemos seguir fomentando y favoreciendo una Medicina científica, profesional, ética y, sobre todo, humana”.

-¿Cómo has vivido la concesión del Premio?

-En un primer momento con una mezcla de sorpresa, emoción y cierto nerviosismo. Poco a poco, compartiendo impresiones y recuerdos con mis compañeros de San Jorge, va calando el significado del mismo, viendo los matices del trabajo realizado durante todos estos años en ese centro y con un estilo de trabajo que nos ha definido.

-¿Qué crees que te ha hecho merecedora del Premio?

-Los méritos que han dado pie a este premio no son personales, en él se reconocen muchos compañeros. Con este premio ganamos todos.

UNA MANERA DE TRABAJAR**-¿Qué ha sido lo mejor de tu trayectoria profesional?**

-Que el Centro de Salud y su equipo han crecido al unísono con el barrio, formado por familias trabajadoras, la mayoría en las empresas de Landaben. El barrio -que se ha modernizado en su arquitectura, zonas ajardinadas y ahora cuenta con un Centro de Salud nuevo- ha mantenido el mismo equipo de profesionales, un hecho positivo y enriquecedor. El tiempo nos ha demostrado que este modelo de trabajo es sólido, gratificante y eficiente.

-25 años en San Jorge le han convertido en testigo privilegiado de su historia ¿qué ha aprendido de sus gentes, de sus pacientes?

-De pacientes y familias me queda el recuerdo de su trato afable, de su respeto y el privilegio de que me hayan dejado formar parte de su historia familiar durante estos 25 años, atendiendo a padres, hijos y nietos, tres generaciones que me han confiado su vida y salud.

CON ABUELOS Y JÓVENES RESIDENTES**-¿Qué destacaría de su experiencia como médica en las Hermanitas de los Pobres?**

-La acogida, cariño y paciencia por parte de las Hermanitas; y el respeto, confianza y aceptación por parte de los ancianos que me atraparon y ha sido la mayor satisfacción de mi trabajo. Fui formándome en patología geriátrica para poder atender a todas sus necesidades, y participé en la elaboración de las Guías de Demencia y Atención al Anciano.

-Ha destacado por su apuesta por la docencia ¿Qué importancia tiene? ¿Qué le ha aportado?

-En los Centros de Salud no contamos con los medios técnicos que hay en los hospitales, por lo que nuestra fuente de docencia son principalmente los enfermos. El

trato humano, la cercanía y la comunicación son los principios que he intentado transmitir a los alumnos de Medicina y residentes. El contacto con ellos me ha aportado satisfacción, alegría y nos ha obligado a mantener una actualización continuada. Ha sido un enriquecimiento mutuo.

EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**-Ha vivido la puesta en marcha y desarrollo de los centros de salud ¿Cómo fueron esos inicios?**

-Fueron años de cambios sustanciales, se incrementaron las horas de asistencia y se abrieron consultas de enfermería independientes para el seguimiento de crónicos y atención al domicilio. Entonces había una gran ilusión en todos los profesionales por mejorar la Atención Primaria, según las recomendaciones de la conferencia Internacional de AP Salud (Alma ATA 1978).

-¿Qué luces y sombras destacaría del desarrollo de la Atención Primaria?

-Fue muy positivo la consideración de Medicina de Familia como especialidad, el acceso a pruebas diagnósticas en el mismo Centro de Salud (ECG, espirometrías, analíticas...), la protocolización de patologías frecuentes y la cirugía menor. Más tarde, la informatización de las historias clínicas nos ha permitido compartir más información entre especialistas sobre nuestros pacientes.

A lo largo de estos años, hemos tenido épocas de excesiva burocratización, que nos ha consumido tiempo en la consulta.

-La coordinación entre niveles asistenciales sigue siendo un reto ¿Cómo ha sido su experiencia? ¿Cómo cree que se puede mejorar?

-Desde el comienzo de nuestro trabajo en A P, la coordinación entre niveles y la relación entre Primaria y Especializada se ha vivido como un problema y, a pesar de la elaboración de Guías de Actuación y Protocolos conjuntos y la modalidad de interconsulta no presencial online, sigue sin resolverse suficientemente. Pienso que ha sido siempre mucho más efectivo el contacto personal entre compañeros, especialista y médico de Familia.

-¿Qué reformas necesita la Atención Primaria para colocar al paciente en el centro del sistema?

-Desde hace varios años se ha implantado en los equipos el Plan de Mejora, con el objetivo de reformar la atención al paciente, optimizando tiempos, mejorando el reparto de tareas y disminuyendo la burocratización. El paciente y su familia siempre han estado en el centro de la atención del médico de Familia.



Juana María Zubicoa:

La humildad que transforma

Juana María Zubicoa Ventura (Muruzábal-Navarra, 1952) se trasladó con 4 años a Madrid, pero optó por volver a su tierra natal para estudiar Medicina. Su vocación por la Atención Primaria quedó meridianamente clara en sexto de la carrera, tras tres meses de prácticas en Obanos, donde comenzó a soñar con ser médica de pueblo. Volvió a Madrid, solo para solicitar una plaza de médico interno residente en una especialidad de reciente creación: Medicina Familiar y Comunitaria. De su formación especializada, destaca lo mucho que aprendió como médico de urgencias, en el Hospital Virgen del Camino, en donde tuvo que "hacer prácticamente de todo" y se adiestró en la derivación de enfermos. La doctora Zubicoa forma parte de la segunda promoción de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España, una generación que tuvo que asumir el liderazgo de la reforma en nuestro país.

Su primera experiencia profesional con plaza fija le llevó hasta un centro de Salud de Zaragoza (1985-1989), donde se contagió del espíritu de cambio que se iba abriendo camino. En 1990 obtuvo plaza en el Centro de Salud del barrio pamplonés de San Jorge, en el que ha permanecido hasta su jubilación en el año 2015.

GERIATRA DE PRIMARIA

Nada más llegar a San Jorge, el Dr. Sainz de Jáuregui le pidió que le acompañase a las Hermanitas de los Pobres y, una vez allí, la presentó como su nueva doctora. De forma casual, casi sin pensarlo, comenzó a prestar atención a los ancianos del centro y descubrió una nueva dimensión profesional que le ha preocupado y ocupado –en lo asistencial y formativo– durante toda su trayectoria profesional. Cuando las Hermanitas de los Pobres pasaron a estar adscritas al nuevo centro de Salud de Bustintxuri, la doctora Zubicoa siguió atendiéndolas hasta su jubilación.

LOS COMIENZOS EN SAN JORGE

Entró en el Centro de Salud de San Jorge, que estaba ubicado en una bajera, como directora (entonces coordinadora) y durante los dos primeros años se centró en cómo lograr un equipo cohesionado. Fue el principio básico sobre el que edificar un nuevo modelo de Atención Primaria, poniendo en marcha las consultas de procesos crónicos, enfermería, atención a domicilio, trabajo social... "Había pocos recursos, pero un gran espíritu innovador y cada área de este nuevo equipo (admisión y celadores, enfermería, medicina, pediatría, trabajo social) tenían un papel importante, con tareas diferentes en su ejecución pero con implicaciones y logros similares. Y cómo se trabajaba en equipo, Juana Zubicoa consiguió un reparto anual de la productividad por igual, sin diferencias entre categorías profesionales.

CRECIENDO CON EL BARRIO

El Centro de Salud de San Jorge ha ido evolucionando con sus gentes. Los primeros años tuvieron que incorporar programas específicos para minorías étnicas, porque atendían a la población de Santa Lucía o de las "casas de Múgica". Más tarde, el aluvión de inmigrantes en el barrio cambió su forma de estar y actuar en la consulta. Pero, siempre, una constante en su entrega ha sido conocer no solo al paciente, sino a su familia, su entorno... en el intento de hacer una buena Medicina. Las visitas a domicilio son, para Juana Zubicoa, la herramienta que lo facilita. "Siempre les digo a los jóvenes residentes que la patología no es lo único que importa, que el contexto familiar y la cercanía con los pacientes son el 50% del diagnóstico, que lo más importante se aprende en el domicilio".

Lo que ha inspirado la trayectoria profesional y vital de Juana Zubicoa ha sido su apuesta por el ser humano íntegro, completo, y desde la Atención Primaria ha podido acercarse a su sufrimiento, a su debilidad, a su incertidumbre... "con múltiples posibilidades de intervención porque nunca los pierdes; porque te comprometes con su vida, con su familia; porque cuidas de los padres, luego de sus hijos y nietos, porque formas parte de su historia".

En la actualidad, ya jubilada, continúa como médica voluntaria en la residencia de las Hermanitas de los Pobres, atendiendo a los ancianos y acompañándoles en las consultas especializadas y en los ingresos hospitalarios. También es voluntaria de la Fundación Vicente Ferrer en Pamplona.

Concurso de dibujos navideños para hij@s o niet@s de médicos colegiados

Plazo para la presentación de los dibujos:
Hasta el 9 de diciembre de 2016.

Entrega de Premios:
Jueves, 15 de diciembre, a las 18 horas.

El Colegio de Médicos de Navarra organiza un concurso de dibujos navideños, en el que pueden participar hijos o nietos de médicos colegiados en Navarra.

Se establecen dos categorías:

- Niños y niñas entre 4 y 8 años.
- Niños y niñas entre 9 y 12 años.

El plazo para la presentación de los dibujos es del 7 de noviembre al 9 de diciembre de 2016.

ENTREGA DE PREMIOS

Se establecen dos premios, que se harán públicos y se entregarán el jueves, 15 de diciembre de 2016, en un acto que tendrá lugar, a las 18 horas, en el lugar de la exposición:

- Premio categoría 4 a 8 años: Una Nintendo.
- Premio categoría 9 a 12 años: Una Tablet.

En este acto se sorteará, entre todos los participantes que no hayan obtenido premio, dos equipos de dibujo y pintura (uno por categoría).

Los dos trabajos ganadores se enviarán como felicitación navideña del Colegio.

Los dibujos se deben acompañar del nombre, apellidos, edad del participante, parentesco con el médico colegiado y nº de colegiación de éste.

No pueden participar en este concurso los hijos o nietos de los miembros de la Junta Directiva, ni de los empleados del Colegio de Médicos o de la Fundación Colegio de Médicos.

El jurado estará formado por la Comisión Permanente de la Junta Directiva del Colegio y su decisión será inapelable.

A partir de la fecha de finalización del plazo de presentación de dibujos, se realizará una exposición de todos los trabajos presentados en el Salón Medialuna de la sede colegial.



CONVOCADAS LAS BECAS DR. IGNACIO LANDECHO DE APOYO A LA FORMACIÓN MIR

El plazo de presentación de solicitudes finaliza el 28 de Noviembre

La dotación de cada beca es de 3.000 euros por estancia.

La Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Navarra convoca, con el patrocinio de Laboratorios CINFA, la IX Edición de las becas dirigidas a Médicos Internos Residentes de cualquiera de los centros acreditados con docencia MIR en Navarra.

El propósito de las mismas es financiar dos estancias en un centro de reconocido prestigio dentro de la especialidad correspondiente, a fin de complementar la formación recibida en la vía MIR.

En la web del Colegio (www.medena.es) se pueden consultar los requisitos para optar a las becas, plazos y criterios de evaluación.



» Informe sobre bases del modelo de autogestión y evaluación clínica

Hacia un nuevo modelo de autogestión con políticas que pongan al paciente en el centro del sistema sanitario



El paciente como eje del sistema, el médico como profesional clave en la gestión clínica, y la transparencia como valor del buen gobierno son las bases que defiende el Colegio de Médicos de Navarra para el desarrollo de un nuevo modelo de autogestión clínica que la Consejería de Salud del Gobierno de Navarra se ha comprometido a desarrollar en colaboración con el Colegio de Médicos de Navarra, según el convenio suscrito entre ambas entidades el pasado 24 de mayo.

Con el fin de contribuir al desarrollo de un nuevo modelo de autogestión y evaluación clínica, el Colegio de Médicos de Navarra ha elaborado un informe en el que destaca que el paciente debe ser el centro del sistema de forma explícita, con políticas que potencien el paciente activo, su seguridad, la accesibilidad racional a los servicios sanitarios y la coordinación sanitaria. “Los pacientes deben recibir una atención integral y coordinada que evite ingresos innecesarios y facilite los recursos necesarios para mejorar su recuperación con una información clínica integrada en un único expediente, facilitando que los profesionales (médico de familia y distintos especialistas) puedan comunicarse entre ellos, aún estando ubicados en diferentes espacios, en tiempos no coincidentes o niveles de atención diferentes”.

“Al médico le corresponde liderar, en el ámbito del trabajo en equipo, la innovación en los enfoques de gestión”

EL MÉDICO, CLAVE DEL PROCESO

El Colegio navarro considera, además, al médico como profesional clave en la autogestión clínica ya que le corresponde liderar, en el ámbito del trabajo en equipo, la innovación en los enfoques de gestión. “Es necesaria la conversión del modelo de gestión actual, caracterizado por estructuras aisladas, hacia otras fórmulas de sistemas organizativos en red, con una provisión de servicios sanitarios profesionalizados por funciones transversales y línea de procesos”.

Para la organización de la autogestión de los servicios clínicos, el Colegio de Médicos considera necesario: potenciar la implicación del médico en el diseño y construcción de la organización sanitaria con este enfoque; planificar los modelos de autogestión, conjugando la integración de disciplinas médicas junto con la lógica poblacional según la estratificación del riesgo; adecuar los recursos presupuestarios, valorando la conveniencia de disponer de presupuestos específicos para procesos transversales y compartidos entre distintas organizaciones, así como los necesarios para mantener eficaz la estructura clínica de soporte; posibilitar que los clínicos (médicos y enfermeros) sean los responsables de los procesos transversales; y potenciar la innovación e investigación científica y de gestión, como eje vertebrador de la mejora continua en la atención del paciente.

BAREMO DE MÉRITOS Y TRANSPARENCIA

Las direcciones de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) deberán ser asignadas por baremo de méritos, donde la formación, experiencia y la responsabilidad deben jugar un papel prioritario, “con el único fin de buscar el mejor líder para impulsar la implementación del modelo”. El Colegio considera, además, que el equipo de dirección de la UGC debe ser evaluado cada cuatro años “mediante un sistema transparente, basado en el cumplimiento de resultados de salud, eficiencia en la gestión y satisfacción de pacientes y profesionales”.

Como herramienta de transparencia y buen gobierno, el Colegio de Médicos de Navarra apuesta por un Contrato de Gestión entre Gerencia y Unidad de Gestión Clínica plurianual, “de manera que se facilite la continuidad de los proyectos, sin perjuicio de ejercer evaluaciones anuales, con el fin de analizar y corregir, en su caso, posibles desviaciones, tanto de los resultados clínicos como financieros”. En este sentido, el Colegio subraya que “los sistemas de evaluación de la Unidad de Gestión Clínica en términos de resultados de salud, así como la evaluación en el rendimiento del médico, han de contener indicadores claros y estándares previamente fijados”. Si se produjese un ahorro en el ciclo presupuestario, éste debe ir desligado del modelo de incentiación y destinado exclusivamente a la reposición tecnológica, la mejora de las condiciones y seguridad en el trabajo y a la capacitación interna y externa del médico. El informe del Colegio de Médicos añade que los programas de incentiación “nunca podrán ser arbitrarios. Tienen que ser objetivos, públicos y justificados. Será necesario, por tanto, un programa de incentiación conocido por los profesionales que sea capaz de recompensar el cumplimiento de los resultados globales y personales con criterios verificables”.

El Colegio considera el sistema sanitario como sector estratégico económico y social y, desde esta posición, subraya que “no debe verse únicamente como generador de gasto, sino también como un sector de actividad que ejerce efectos beneficiosos en el conjunto de la economía. Así, las inversiones destinadas a la mejora de la salud, además de una obligación moral o social, son también políticas eficientes desde un punto de vista social y económico”.



Comienza un innovador Plan de Capacitación Avanzada para futuros directivos de Unidades de Gestión Clínica con gran éxito de participación



*José Ramón Mora, Alberto Lafuente
y Oscar Moracho (gerente del SNS-O)
en la apertura del Curso.*

El Colegio de Médicos de Navarra ha comenzado su Plan de Capacitación Avanzada para Directivos de Unidades de Gestión Clínica (CADUGC) con un taller sobre "Preparación e implantación de una Unidad de Gestión Clínica". Destacar el éxito que ha tenido entre los médicos la iniciativa que ha alcanzado las 60 preinscripciones, lo que ha obligado al Colegio a realizar dos grupos de 19 alumnos. Entre los médicos inscritos, un 33% son jefes de servicios, un 57% jefes de sección o de unidades asistenciales y un 10% médicos con otras responsabilidades.

Con esta primera actividad se inicia un novedoso programa, estructurado en talleres independientes, que se desarrollará durante los próximos meses con el objetivo de que el médico adquiera las competencias profesionales y personales necesarias para la gestión del conocimiento, habilidades y actitudes que le permitan dirigir y administrar cualquier tipo de Unidad o Área de Gestión.

Este Plan de Capacitación Avanzada es un paso más en la apuesta del Colegio navarro por la formación de sus médicos en gestión clínica en la que lleva trabajando más de tres años con diferentes propuestas formativas.

Responde, además, a uno de los compromisos adquiridos por el Colegio de Médicos de Navarra en su convenio de colaboración suscrito el pasado mes de mayo con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, en el que ambas entidades acordaron colaborar en el desarrollo de un nuevo modelo de Autogestión y Evaluación Clínica con el fin de promover una atención sanitaria centrada en las necesidades del paciente, integrada, ágil, efectiva y segura, entre otros objetivos.

Según el Dr. Alberto Lafuente, director del curso y secretario del Colegio de Médicos de Navarra, este Plan de formación ofrecerá talleres independientes sobre cómo diseñar un plan estratégico; manejar los instrumentos de gobernanza y excelencia; controlar el presupuesto clínico; desarrollar un plan de comunicación; codiseñar un contrato de gestión, negociar el acuerdo estratégico y operativo y saber desplegarlo; evaluar los resultados mediante un cuadro de mando integral; gestionar su estructura (personas, equipamiento e inversiones); y diseñar un plan de calidad laboral, fomentar el liderazgo y trabajo en equipo, y adquirir habilidades para la motivación interna.

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA:

Noviembre/Diciembre 2016

CURSO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

21 y 22 de Noviembre

- Dirigido a médicos del primer nivel asistencial (equipos de Atención Primaria, Medicina General privada...). 25 Plazas.
- Carga lectiva: 7 horas, en 2 sesiones, en horario de 16:30 a 20:00 horas.

Coordinadores:

Carmen Ezpeleta Baquedano, Jefa del Servicio de Microbiología Clínica del CHN y Pablo Aldaz Herce, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud San Juan.

SEMINARIOS DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

SEMINARIO DE
ACTUALIZACIÓN EN
TRAUMATOLOGÍA Y
CIRUGÍA ORTOPÉDICA 1:
PATOLOGÍA DE CADERA.

24 de Noviembre.

SEMINARIO DE
ACTUALIZACIÓN EN
TRAUMATOLOGÍA Y
CIRUGÍA ORTOPÉDICA 2:
PATOLOGÍA DE TOBILLO
Y PIE.

12 de Diciembre.

- Dirigido a médicos del primer nivel asistencial (equipos de Atención Primaria, Medicina General privada, médicos del Trabajo...).
- Carga lectiva: 4,5 horas, en una sesión, en horario de 16:30 a 21:00 horas.

Director del Programa:

Ángel Hidalgo Ovejero, Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del CHN.

Coordinadores del Seminario 1:

José Javier López Blasco, Jefe de Sección del Servicio de Traumatología del CHN y Julio Duart Clemente, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica del Servicio de Traumatología del CHN.

OTRAS ACTIVIDADES CON INSCRIPCIÓN ABIERTA

SALUD DE LOS PIES A LA CABEZA.

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes.
CICLO 2.

En convenio de colaboración con Mutua Navarra. Actividades con acreditación CFC: 0,2 créditos por sesión.

Dirigido a médicos de equipos de Atención Primaria, Medicina General privada, médicos del Trabajo y médicos de Mutuas.

Sesiones en horario de tarde: de 18:00 a 19:30.

17 de Noviembre: Inestabilidad de rodilla en Atención Primaria.

Ponente: Ángel Recarte Pérez de Ciriza. Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica.

15 de Diciembre: Aspectos básicos en la rehabilitación de enfermedades neurológicas.

Ponente: Manuel Murie Fernández. Especialista en Neurología.



Seminario sobre cáncer de mama en mujeres jóvenes:

¿enfermedad huérfana?



La Dra. María Teresa Criado
del Río junto a alumnos.



Dr. García Manero,
coordinador
del Curso.

♦ Idoia Olza

El 19 de octubre, se desarrolló un Seminario sobre "Cáncer de mama en la mujer joven: ¿enfermedad huérfana?". El Dr. Manuel García Manero, especialista en Ginecología en el Hospital García Orcoyen de Estella, fue el coordinador del mismo.

El cáncer de mama en la mujer joven (menor de 40 años) supone, aproximadamente, el 13% de todos los cánceres de mama diagnosticados (más de 2.300 de los 22.000 casos de cáncer de mama que se diagnostican cada año en España), y se está registrando un progresivo aumento de frecuencia.

Además, el cáncer de mama en la mujer joven tiene características propias: es de mayor tamaño y con márgenes positivos, mayor agresividad y

una mortalidad más alta que en la mujer mayor, intervalos libres de enfermedad más cortos y más recurrencias locales y a distancia. Para su diagnóstico, más difícil que en la mujer mayor, tiene gran importancia el triple test (mamografía, ecografía y biopsia).

La finalidad del seminario fue "sensibilizar a los médicos para la mejora en la identificación de pacientes de riesgo y su atención temprana: orientación e información a la paciente en asistencia primaria, protocolos de estudio ante la coexistencia de signos clínicos y factores de riesgo en niveles especializados".

Además del Dr. García Manero, intervinieron como docentes los doctores Carolina Ceamanos (especialista en Ginecología del Hospital García Orcoyen); Luis Apesteguía (especialista en Radiología); Jesús M. Zabaleta (especialista en Ginecología del CHN); y Antonio L. Bazán (especialista en Cirugía Plástica del CHN).

En el curso se analizó el manejo de cáncer de mama en mujer joven teniendo en cuenta diferentes consideraciones: menopausia, fertilidad, embarazo y lactancia post cáncer de mama, y el cáncer de mama durante el embarazo. También se habló sobre recursos terapéuticos (indicaciones y resultados), tratamiento quirúrgico, cirugía conservadora, etc.

Taller de casos prácticos de valoración de daño corporal

El taller de casos prácticos de valoración de daño corporal, impartido en el Colegio de Médicos el pasado mes de septiembre, fue la continuación del curso de actualización sobre baremos de valoración de daño corporal, celebrado anteriormente, en el que se abordaron las modificaciones del sistema de valoración Médico-Forense de las lesiones producidas a las personas en accidentes de tráfico introducidas por la Ley 35/2015 de 22 de septiembre.

El objetivo del taller fue revisar la puesta en práctica de la nueva metodología de aplicación del baremo para identificar los problemas y posibles soluciones entre los diferentes profesionales implicados en los procedimientos -judiciales y extrajudiciales- sobre responsabilidades en siniestros.

El Dr. Rafael Teijeira Álvarez, presidente del Colegio de Médicos y director del Instituto Navarro de Medicina Legal y Forense, fue el coordinador del taller. Como docentes participaron el Dr. Eduardo Murcia Saiz, médico forense y director del IML de Aragón y la Dra. María Teresa Criado del Río, profesora titular de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Zaragoza.



La Dra. Marta Muniesa,
coordinadora del Curso.

Recursos 2.0 útiles en la práctica clínica. Aplicaciones para dispositivos móviles (teléfonos y tabletas)

La Dra. Marta Muniesa, médico internista del Servicio de Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, coordinó el curso sobre los "Recursos 2.0 en la práctica clínica".

Entre las tecnologías de la información y la comunicación asociadas a la salud, las APPs facilitan compartir el conocimiento a través de herramientas tecnológicas de fácil manejo. La denominada "mHealth" está en constante crecimiento. En la actualidad, es posible recomendar o asesorar al paciente para el uso de entornos informativos online apropiados, fiables y reputados, como complemento a la prescripción terapéutica.

En la primera sesión, Neil Revilla, ingeniero de Sistemas de Información, se refirió al uso seguro de dispositivos móviles y el uso de redes sociales en medicina.

Y en la segunda sesión, los médicos, de la mano de la Dra. Muniesa, aprendieron a seleccionar APPs y recursos de calidad, y utilizar o recomendar las que resulten verdaderamente útiles para la mejora de su práctica profesional o la salud y cuidados de sus pacientes. Al final, crearon un listado con las APPs más interesantes y útiles (que lo publicaremos en el próximo número de Pancea)

NUEVO JAGUAR F-PACE

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



DESDE 42.490 €*

Navarra Motor

Calle D, 53 esquina calle F junto a ITV Noain - 31110 Noain/Pamplona (Navarra)

948 34 62 20

navarra-motor.jaguar.es



THE ART OF PERFORMANCE

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

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

Declaraciones sobre sedación paliativa, alimentación e hidratación al final de la vida

La Asamblea General de la OMC aprobó, el pasado 15 de octubre, dos declaraciones que abordan el derecho a la sedación paliativa y la ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida, que han sido elaboradas por el Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

LA SEDACIÓN PALIATIVA, CUANDO ESTÁ INDICADA, ES UN DERECHO DEL PACIENTE Y UN DEBER DEL MÉDICO

La sedación es una disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios, que son aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, aplicados por los médicos expertos, en un plazo de tiempo razonable.

En estos casos, el alivio del sufrimiento del enfermo requiere la sedación paliativa. Se trata de una sedación en la agonía cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida.

Cuando la sedación está indicada y existe consentimiento, el médico tiene la obligación de aplicarla. Se debe afirmar con claridad que cuando existe una adecuada indicación para la sedación, la objeción de conciencia no tiene cabida, como tampoco sería posible objetar ante cualquier otro tratamiento correctamente indicado.

La diferencia entre la sedación paliativa y la eutanasia es nítida y viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado. En la sedación se busca disminuir

ÉTICA DE LA ALIMENTACIÓN Y LA HIDRATACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

La otra Declaración del Grupo de Trabajo "Atención al final de la vida" de la OMC, relativa a ética de la alimentación y la hidratación al final de la vida, parte de la realidad de que la nutrición al final de la vida es una cuestión con múltiples fuentes de confusión, contradicción, mitos y emociones.

El objetivo de este documento, por tanto, es el de tratar de aclarar algunas de las cuestiones éticas derivadas de los problemas de alimentación y del soporte nutricional para los pacientes que se encuentran en el período final de su vida.

De acuerdo con la Declaración, las recomendaciones en cada situación concreta deben variar en función del objetivo a alcanzar. No se trata, según se puntualiza, de quitar importancia a las medidas nutricionales sino de adecuar los tratamientos a las diversas fases de la enfermedad, siendo muy importante tener en cuenta que, en estos casos, se trata de pacientes con enfermedades avanzadas incurables que se encuentran en el período final de su vida.

Los problemas nutricionales, la anorexia y la pérdida de peso preocupan a la mayoría de estos pacientes y a sus familiares. Sin embargo, se subraya en el documento que la malnutrición, en estos casos, no es la causa sino una consecuencia de la enfermedad que se sufre y, aunque son necesarios tratamientos de soporte nutricional, el objetivo prioritario es la mejoría sintomática del enfermo y no revertir la situación de malnutrición, es decir, que el paciente no se está muriendo por no comer, sino que no come porque se está muriendo.

Según señala al respecto, "la malnutrición es irreversible en estadios avanzados de enfermedad". De ahí que se deben evitar planteamientos intervencionistas que pretendan la recuperación del estado nutricional de este tipo de enfermos, al no conseguirse con ello beneficios clínicamente significativos.

Se insiste en que la toma de decisiones clínicas debe ser siempre individualizada, valorando la situación concreta del enfermo e incluyendo también en el proceso de decisión las preferencias del paciente y de sus familiares. El objetivo prioritario es el confort, considerándose que éste puede ser incompatible con la aplicación de tratamientos agresivos.

Por tanto, según se indica en la Declaración, las medidas agresivas encaminadas a intentar revertir la malnutrición en estadios avanzados conducen a más problemas que beneficios para el paciente. Así, a la hora de poner en marcha la nutrición artificial debe tenerse en cuenta el pronóstico así como la voluntad del paciente y la opinión de los familiares.

La diferencia entre sedación paliativa y eutanasia viene determinada por la intención, el procedimiento y el resultado

el nivel de consciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Algunas comunidades autónomas han promulgado leyes de derechos y garantías de las personas al final de la vida, que recogen el derecho explícito a la sedación paliativa y establecen el desarrollo de programas estratégicos de cuidados paliativos que deben contemplar la capacitación de los profesionales para la práctica de la sedación paliativa, lo que resulta imprescindible para garantizar el derecho de los pacientes.

En la Declaración se recuerda que la sedación es un recurso terapéutico prescrito por el médico con unos criterios de indicación muy concretos. En estas condiciones, asegura que "la sedación es un derecho del enfermo que, sin embargo, no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que lo atienden".

Concluye que "cuando el médico seda al paciente que se encuentra sufriendo en fase terminal y lo hace con criterios clínicos y éticos, una vez obtenido su consentimiento, no está provocando su muerte; está evitando que sufra mientras llega su muerte, lo cual constituye una buena práctica médica" y añade que "tan grave es abusar de la sedación como no aplicarla cuando es necesaria para un paciente".



Las recomendaciones sobre tratamientos nutricionales introducidas en la Declaración incluyen contemplar una dieta individualizada de acuerdo con las preferencias y capacidad de deglución del paciente. Un aspecto muy importante a tener en cuenta, según se remarca, en pacientes con una limitada esperanza de vida es evitar las dietas restrictivas. De igual forma, se advierte que la sobreingesta puede inducir o empeorar síntomas asociados. Unas adecuadas recomendaciones de alimentación pueden aumentar la ingesta hasta en 450 Kcal/día. Asimismo, se considera que los suplementos nutricionales juegan un papel importante en aquellos enfermos en quienes no se consiga una adecuada ingesta a pesar de las recomendaciones de alimentación.

También se aclara que la nutrición enteral mediante sondas de alimentación y la parenteral son consideradas formas de alimentación artificial puesto que exigen la inserción de dispositivos para poder conseguir una vía de administración. Se trata, por tanto, de un tratamiento médico y no un cuidado básico, estando sujetas a indicaciones y contraindicaciones como cualquier otro tratamiento.

Sobre los criterios bajo los cuales se podrían retirar los tratamientos instaurados relativos a nutrición enteral y

parenteral, se llega a la conclusión de que la instauración de cualquier tratamiento intervencionista en un paciente con enfermedad avanzada debe ir acompañada de unos criterios de una posible retirada. Criterios que deben ser individualizados y basados en la relación beneficio/riesgo de cada tratamiento. Se considera de gran importancia anticipar estos criterios en el momento de la instauración del tratamiento para facilitar la toma de decisiones cuando se vea indicada su retirada. Dicha planificación, según este documento, permite reconocer adecuadamente el derecho que tiene el paciente capaz y adecuadamente informado a rechazar tratamientos (lo cual incluye tanto la no instauración como su retirada) aunque ello suponga un acortamiento de la vida.

Con respecto a la hidratación, se reconoce que la decisión de hidratar al paciente en la situación de últimos días, cuando los pacientes reducen la ingesta oral, es una de las más complejas. Se afirma que la evidencia científica, hasta la fecha, no permite justificar la hidratación parenteral en todos los pacientes en los últimos días de su vida y sólo proporciona una sólida justificación para considerar la hidratación en determinadas circunstancias y para ciertos síntomas.



El Grupo de Trabajo sobre “La Atención Médica al Final de la Vida” de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) lo forman los doctores Marcos Gómez Sancho, Rogelio Altisent, Jacinto Bátiz, Mariano Casado, Luis Ciprés, Álvaro Gándara, José Antonio Herranz, Rafael Mota, Javier Rocafort y Juan José Rodríguez Sendín.

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 agosto, septiembre y octubre de este año

Actividades de la Junta Directiva

Fecha	Descripción	Asistentes
Agosto 2016		
martes, 16	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
Lunes, 29	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Septiembre 2016		
Lunes, 12	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Lunes, 19	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
Lunes, 19	Inauguración Taller casos prácticos: valoración daño corporal	Presidencia
Lunes, 26	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Octubre 2016		
Lunes, 3	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Lunes, 10	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Viernes, 14	Pleno y Asamblea OMC	Presidencia
Sábado, 15	Pleno y Asamblea OMC	Presidencia
Lunes, 17	Comité de Dirección	Comisión Permanente
Jueves, 20	Inauguración Asamblea Estudiantes Medicina	Presidencia
Lunes, 24	Reunión Junta Directiva	Junta Directiva
Lunes, 24	Reunión con AMA	Comisión Permanente
Martes, 25	Entrega del VII Premio Doctor Sánchez Nicolay	Junta Directiva
Jueves, 27	Inauguración Plan CADUGC	Secretario
Lunes, 31	Comité de Dirección	Comisión Permanente

Dossier semanal de prensa

La Junta Directiva ha puesto en marcha una nueva iniciativa de comunicación para los colegiados. Todos los lunes, recibirán un boletín especial con las noticias más relevantes del ámbito sanitario y profesional, publicadas en la prensa local, medios sanitarios y boletines oficiales, de los últimos siete días.

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



Gurutzi Azcona,
ganadora de la VIII Beca
Dr. Ignacio Landecho
de apoyo a la formación MIR

Monitorización Intraoperatoria, en Nueva York

¿Maletas preparadas?, ¿dólares suficientes en la cartera y algún eurillo para el café “español” de la vuelta?, ¿billetes, pasaporte...? “Por favor, que lleguen bien las maletas y que no haya problema con los vuelos... Coge aire fuerte, y a disfrutar y exprimir esta experiencia al máximo”.

Así me sentía el 28 de Enero de 2016, día en el que en plena nevada, aterricé en Nueva York, lejos de mi casa, de mi familia, de mis amigos, compañeros de trabajo, rutina... para enfrentarme, durante casi dos meses, al gran reto que supone para mí la Monitorización Intraoperatoria (MNIO), algo en lo que afortunadamente, aunque por escaso tiempo, había empezado a formarme los meses previos, gracias al Dr. Javier Urriza Mena y la Dra. Lorea Imirizaldu Monente, adjuntos del servicio de Neurofisiología Clínica del Complejo Hospitalario de Navarra. Concretamente, el primero de ellos, ha llegado a convertirse en una referencia tanto a nivel nacional como internacional en el emergente mundo de la MIO tras su paso por el Roosevelt Hospital hace ya unos años, así que, ¿por qué no seguir sus primeros pasos y ampliar un poco más mi formación?

La MNIO consiste básicamente en la aplicación de las diferentes técnicas neurofisiológicas que realizamos en las consultas, en este caso dentro del quirófano. Fundamentalmente, se monitorizan vías motoras y sensitivas pudiendo llegar a ser más finos según los requerimientos de las diferentes cirugías, realizando Electroencefalogramas (EEG), Electromiogramas (EMG), Potenciales Evocados Visuales (PEV), Electroretinogramas (ERG), Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC) y Reflejo Trigémino-Facial, entre otros, así como técnicas de mapeo. Todo esto debe aportar información en tiempo real para identificar posibles alteraciones de las diferentes estructuras nerviosas que puedan estar en riesgo durante las in-



|| Sinai West Hospital, en el corazón de Manhattan.
Con sus compañeros del Servicio.

tervenciones quirúrgicas, siendo posible tomar decisiones intraoperatorias. Esto contribuye a una disminución de la morbilidad y a una mejora en el manejo quirúrgico, ya que pueden evitarse déficits neurológicos permanentes postoperatorios.

La MNIO se ha ido perfeccionando desde los años 30. En la actualidad, es considerada para muchos como una subespecialidad dentro de la Neurofisiología Clínica, pudiendo aplicarse en servicios quirúrgicos como Traumatología, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Cirugía Maxilofacial, Cirugía de Tiroides, Cirugía General, ORL o Urología.

Es por ello que la formación durante el periodo de residencia es muy importante, ya que se deben conocer todas las técnicas básicas para su aplicación inmediata dentro del quirófano. Es, además, fundamental una adecuada comunicación entre los diferentes servicios implicados, no sólo quirúrgicos, sino también con el servicio de Anestesia ya que, en muchas ocasiones, nuestra presencia en quirófano puede modificar su protocolo de actuación en función de cómo pueden influir los fármacos anestésicos en nuestro registro.



En el Roosevelt Hospital Mount Sinai

¿Por qué escogí este hospital? The Mount Sinai Health System es un sistema de salud integrado que proporciona una atención médica excepcional, abarcando hasta siete hospitales en el área metropolitana de Nueva York. Mount Sinai es reconocido internacionalmente por su excelencia en la investigación, la atención al paciente y la educación a través de una gama de especialidades. El hospital fue creado a partir de la combinación de la Centro Médico Mount Sinai y Continuum Health Partners, ambos acordaron por unanimidad combinar las dos entidades en julio de 2013. Diseñado para aumentar la eficiencia, mejorar la calidad y los resultados, y ampliar el acceso a la enseñanza primaria avanzada, a distintas especialidades y a los servicios de atención ambulatoria a través de una amplia red de clínicas. El hospital cuenta con una red sólida y en continua expansión de varias especialidades, incluyendo más de 45 prácticas ambulatorias en los cinco condados de la ciudad

de Nueva York, Westchester y Long Island. Cuenta con más de 40 relaciones clínicas y académicas con otras organizaciones de salud locales.

En concreto, Roosevelt Hospital Mount Sinai –antes conocido como St. Luke’s Roosevelt– es un hospital con gran prestigio, situado en Manhattan, distrito más conocido de Nueva York (cerca de Central Park), del que han salido varios de los mejores profesionales en este terreno tras un periodo de subespecialización, más conocido como “fellowship”, que dura entre 1 y 2 años. El Servicio se dedica exclusivamente a la MNIO, llegando a monitorizarse entre 2 y 6 cirugías al día, empezando a las 7:30 a.m y sin saber muy bien la hora de salida. He de reconocer el mérito que tienen los adjuntos con los que he estado trabajando ya que mi estancia era algo temporal y el poder ver tantas cirugías era algo que debía aprovechar, pero pasar más de 10 horas a diario en el hospital y en quirófano hace que sea objetiva la necesidad de más de un neurofisiólogo en quirófano. Por costumbre, los diferentes servicios que necesitaban monitorización de sus cirugías avisaban con antelación, algo que me parecía fundamental para una correcta organización.



“Programar, repasar cada cirugía con antelación y discutir las posibles opciones es muy positivo para un trabajo óptimo, y es algo que hacíamos allí con frecuencia”

Programar, anticiparse e interactuar

En nuestra especialidad, además de ser necesario conocer cada paso de la cirugía para tener en cuenta los momentos críticos, es muy importante conocer el funcionamiento de la máquina con la que trabajamos, tanto para la programación como para resolver los posibles problemas que surjan en quirófano. La máquina que usan allí para la monitorización (Axon 4) es totalmente diferente a las dos con las que trabajamos aquí (Protektor 16 y Endeavor) y, en mi opinión, de un manejo más complicado. Aprender su funcionamiento desde cero hizo que reforzase mucho más el conocimiento de todos los pasos que debían darse, incluso adelantándome a los problemas que pudieran surgir y tener alternativas inmediatas para ello. Programar, repasar cada cirugía con antelación y discutir las posibles opciones es muy positivo para un trabajo óptimo, y es algo que hacíamos allí con frecuencia.

Pese a haber estado poco tiempo, llegué a relacionarme con todo el personal de quirófano, siendo un punto importante interactuar no sólo con los especialistas sino con todo el personal presente, pudiendo resolver cualquier problema o duda que surgiera y, por supuesto, poder aprender de todos algo nuevo.

Por supuesto, no todo ha sido trabajar y estudiar, la rotación también da tiempo para conocer la ciudad y la tan variada cultura que te puedes encontrar en Nueva York.



Agradecimientos

Estoy y estaré totalmente agradecida al Dr. Sedat Ulkatan y a la Dra. María Téllez, por su gran profesionalidad, la pasión que sienten por su trabajo y porque han hecho que mi estancia fuera totalmente agradable. Ha sido una experiencia inolvidable. Además de enseñarme tanto en poco tiempo y de darme consejos para un posible –ojalá– “hueco en la MIO”, me dedicaron gran parte de su tiempo, haciendo que todo fuese mucho más fácil. Gracias por motivarme en muchos aspectos, sobre todo en querer ampliar nuestras técnicas a otras especialidades, ya que asistí a un total de 45 cirugías de servicios diferentes con los que trabajamos habitualmente en Pamplona, obligándome a estudiar cada cirugía correspondiente y sus requerimientos neurofisiológicos. Agradezco a todo el Servicio por tratarme, desde el principio, como una más y a todos los que me hicieron un hueco en los quirófanos sin conocerme.

Gracias también a los adjuntos de mi Servicio que han hecho que esta rotación haya sido posible y gracias al Colegio de Médicos por concederme la octava Beca Dr. Ignacio Landeche, que ha sido todo un honor recibir.

Me gustaría terminar animando a todos los profesionales en formación, tanto residentes como adjuntos, a vivir este tipo de experiencias, a seguir creciendo tanto personal como profesionalmente y poder aplicar lo aprendido en diferentes lugares, siendo también algo positivo para los que nos rodean, por lo menos, ése es mi objetivo tras haber vuelto de nuevo a mi rutina.

¿Volvería a repetir la experiencia? Sin duda.



“Animo a todos los profesionales en formación, tanto residentes como adjuntos, a vivir este tipo de experiencias”

Gurutzi Azcona,
ganadora de la VIII Beca Dr. Ignacio Landeche del Colegio de Médicos.



En los quirófanos del Roosevelt Hospital Mount Sinai.

Aprender a ver

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Existe una estrecha relación entre la visión y el aprendizaje. Para detectar un problema visual que afecte en el rendimiento es necesario realizar una valoración optométrica que determine la eficacia visual y percepción del niño, habilidades necesarias para que la lectura funcione.

La visión es mucho más que la agudeza visual, es posible que un niño no necesite gafas y tenga dificultades visuales que implique problemas en el aprendizaje.

¿Qué necesitan los niños para ver bien en clase?

- Buena agudeza visual.
- Los ojos han de ser capaces de trabajar en colaboración uno con otro (visión binocular).
- Adquirir la habilidad de mover los ojos de una manera eficaz, sin saltos ni regresiones con buen campo visual.
- Ser capaces de cambiar el foco de visión de lejos a cerca (acomodación) y viceversa.

¿Qué síntomas pueden indicarnos un problema visual en un niño?

- Frotarse los ojos.
- Utilizar el dedo para no perderse en la lectura.
- Acercarse e inclinarse mucho para leer o escribir.
- Pobre comprensión lectora.
- Saltarse palabras.
- Visión doble o borrosa (sensación de que se mueven las letras).
- Dificultad para mantener la atención.

La habilidad para interpretar la información visual es esencial en la lectura, para que el niño comprenda lo que lee y pueda identificar letras y números.

Destacamos las siguientes capacidades:

- Discriminación visual para ver pequeños detalles.
- Adecuada memoria visual para recordar la información.
- Desarrollo adecuado de la lateralidad y orientación espacial.
- Coordinación ojo mano e integración visuomotor para establecer la escritura.

Los principales signos que pueden tener los niños con bajas habilidades de percepción visual son los siguientes:

- No recordar la información visual (localizar la misma palabra en un texto).

- Inversiones de letras y números.
- Baja comprensión lectora.
- Mala escritura.
- Confundir palabras.
- Dificultad para orientarse en el espacio y en el tiempo.
- Le cuesta recordar secuencias (días de la semana, tablas de multiplicar) y realizar series.

Si el niño ha alcanzado estas habilidades visuales estará preparado para la etapa de la lectoescritura.

A través de la terapia visual se le enseña al niño a mejorar su visión, por medio de ejercicios que se realizan en consulta y diariamente en casa.

La visión es un proceso activo, la visión se entrena, podemos aprender a ver.

CENTRO DE TERAPIA VISUAL



**óptica
unyvisión**

AVDA. NAVARRA

(Frente a Clínica Universidad de Navarra)

31008 PAMPLONA • T 948 178 188

AVDA.
PÍO
XII

CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE NAVARRA

AVDA. NAVARRA

← ÓPTICA UNYVISIÓN

Resultados del estudio PREDIMED

(Prevención con Dieta Mediterránea)

1.055 pacientes navarros han participado en el citado estudio durante casi cinco años.

Autoras:

~ Pilar Buil Cosiales.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Azpilagaña (Pamplona). Investigadora en el estudio PREDIMED.

~ Ana García Arellano.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico adjunto Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Investigadora en el estudio PREDIMED.

~ Estefanía Toledo Atucha.

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesora Titular en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra. Investigadora en el estudio PREDIMED.

A comienzos del siglo XXI, las enfermedades crónicas no declarables son la principal causa de muerte en el mundo, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Sus principales determinantes están relacionados con estilos de vida, entre los que están: el hábito tabáquico, una dieta poco saludable, una actividad física insuficiente y una ingesta inadecuada de alcohol. La magnitud y trascendencia de estos problemas obligan a que la investigación debe dedicar sus esfuerzos

a la búsqueda de acciones preventivas y de promoción de la salud para cambiarlos.

El estudio de la relación entre alimentación y enfermedades crónicas comenzó centrando su interés en los macronutrientes, evolucionando de manera sucesiva a los micronutrientes y algunos alimentos o grupos de alimentos.

Actualmente, la epidemiología nutricional se está centrando en el estudio de patrones dietéticos globales, con un criterio más sociológico y pragmático. Estudiar los patrones alimentarios totales de la población parece más real ya que nosotros no comemos nutrientes o alimentos aislados y tiene en cuenta las posibles interacciones entre nutrientes, evitando problemas de confusión y colinealidad entre los alimentos al considerarlos en su conjunto.

El concepto de “dieta mediterránea” como patrón alimentario fue propuesto y desarrollado, en los años 50, en referencia a los distintos hábitos alimentarios observados entonces en el área mediterránea, pudiéndolo definir como el patrón dietético tradicional seguido en las regiones productoras de aceite de oliva en torno al Mediterráneo, principalmente Grecia y el sur de Italia; aunque nos podemos encontrar distintas variantes en estas regiones el consumo de aceite de oliva podría ser considerado como una de sus principales características. Otra característica principal de la “dieta mediterránea” es el importante consumo de alimentos de origen vegetal, tales como frutas, verduras, pan, patatas, frutos secos, cereales, pasta, semillas y legumbres; y, además, la cebolla, el ajo y algunas hierbas aromáticas que se usan como condimento. Es importante destacar que el porcentaje energético derivado de ácidos grasos saturados, en la dieta mediterránea, es menor al 7-8%, con un porcentaje de grasas totales elevado en torno al 35-45%, siendo la principal fuente de grasa la monoinsaturada, debido a que normalmente el aceite de oliva es utilizado de forma abundante para cocinar y como condimento. En la figura 1 podemos apreciar la composición de esta dieta, según la define la Fundación Dieta Mediterránea

Han sido múltiples los estudios observacionales que han valorado la relación entre un patrón de dieta mediterránea y la mortalidad por cualquier causa, mostrando que la adherencia a este tipo de dieta tenía, en general, un efecto favorable sobre la supervivencia. Así, este patrón alimentario mediterráneo clásico puede suponer una alternativa dietética saludable y de más fácil cumplimiento para la población general que la recomendación habitual de una “dieta baja en grasas”. Sin embargo, debemos comentar que se ha detectado un abandono de este modelo entre la población más joven y con un nivel socioeconómico menor, que ha trasladado sus hábitos alimentarios hacia un patrón occidentalizado.

“Se ha detectado un abandono de este modelo entre la población más joven y con un nivel socioeconómico menor, que ha trasladado sus hábitos alimentarios hacia un patrón occidentalizado”.

Resultados del ensayo PREDIMED

El ensayo PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea) ha sido el mayor ensayo nutricional realizado en España y uno de los mayores del mundo. Se trata de un ensayo clínico de prevención primaria, multicéntrico y aleatorizado, con grupos paralelos, que ha valorado el modelo de Dieta Mediterránea tradicional. El objetivo principal de este estudio era comprobar si una dieta mediterránea suplementada con aceite de oliva o frutos secos producía una disminución de un evento compuesto de ictus, infarto de miocardio o muerte cardiovascular comparada con la dieta baja en grasas, siguiendo los consejos de la Asociación Americana del Corazón. Para ello, se reclutaron 7.447 pacientes, de ellos 1.055 en Navarra, repartidos por distintas comunidades autónomas y tras aleatorizarlos a uno de los tres grupos se realizó un seguimiento medio de 4,8 años. En este estudio se observó una reducción de un 30% (IC del 95% de 4 a 46%) de este evento compuesto en ambos grupos de dieta mediterránea comparado con el grupo control. Análisis posteriores han encontrado disminución de otras enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, fibrilación auricular, arteriopatía periférica y también cáncer de mama, todo ello en personas con alto riesgo cardiovascular.

Para este estudio se definió la dieta mediterránea de forma más operativa con una escala de 14 puntos (figura 2), considerándose buena adhesión un resultado superior a 9 y excelente igual o superior a 13. Los participantes del grupo intervención consiguieron una adhesión dos puntos superior que los del grupo control.



Un nuevo estudio en marcha, también con pacientes navarros

En este estudio no había un objetivo de pérdida de peso ni tampoco se aconsejaba a los pacientes la realización de ejercicio físico. Tanto la pérdida de peso como el ejercicio físico se han relacionado con una disminución de las enfermedades crónicas, sin embargo, no hay estudios de intervención que hayan podido demostrar esta asociación inversa. En el estudio PREDIMED PLUS se quiere ir más allá, se pretende demostrar que una dieta mediterránea hipocalórica, la promoción de la actividad física y el abordaje conductual ayudan aún más a prevenir estas enfermedades. Este ensayo a nivel nacional, con una intervención sobre el estilo de vida, permitirá conocer los efectos beneficiosos

de una mayor adherencia a una dieta hipocalórica de alta calidad, la Dieta Mediterránea, en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. En estos momentos estamos en la fase de captación de pacientes y de intervención.

No queremos finalizar este artículo sin antes darles las gracias a todos los pacientes que han ayudado en el PREDIMED y ayudarán en el PREDIMED PLUS a aumentar el conocimiento en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, así como a los médicos y enfermeras que están ayudando a la captación en todos los centros de salud; ánimo, seguid captando pacientes y, de nuevo, muchas gracias a todos.

r = ración

Semanalmente			Dulces ≤ 2r
			Carnes ≤ 2r y embutidos ≤ 1r
	   		Aves de corral 1-2r Pesados y mariscos ≥ 2r Huevos ≤ 2-4r Legumbres ≤ 2r
Diariamente	   		Frutos secos, semillas, aceitunas 1-2r Hierbas aromáticas, especias, ajo, cebolla (menos sal añadida) Variedad de sabores
	  		Derivados lácteos 2-3r (Preferiblemente bajos en grasa) Aceite de oliva ≤ 3-4r
Comidas principales	      		Frutas 1-2 Verduras y hortalizas ≥ 2r Variedad de colores texturas/crudo/cocido Pan, Pasta, Arroz, cuscús y otros cereales 1-2r (preferiblemente integrales)
	      		Beber agua

Conviabilidad
Actividad
física regular.
Reposo



Productos de
temporada
y locales
Actividades
culinarias

FIGURA 2: DIETA DE 14 PUNTOS (MEDAS).**FIGURA 1:
Pirámide
de la dieta
mediterránea**

“Para este estudio se definió la dieta mediterránea de forma más operativa con una escala de 14 puntos (figura 2), considerándose buena adhesión un resultado superior a 9 y excelente igual o superior a 13”

1	¿Usa usted el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	☐
2	¿Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.)?	4 ó más cucharadas = 1 punto	☐
3	¿Cuántas raciones de verdura u hortaliza consume al día? (las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) 1 ración = 200 gr.	2 ó más (al menos una de ellas en ensalada o cruda) = 1 punto	☐
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 ó más al día = 1 punto	☐
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (ración 100-150 gr.)	Menos de 1 al día = 1 punto	☐
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual 12 gr.)	Menos de 1 al día = 1 punto	☐
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 al día = 1 punto	☐
8	¿Bebe usted vino? ¿Cuánto consume a la semana?	7 ó más vasos a la semana = 1 punto	☐
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración de 150 gr.)	3 ó más a la semana = 1 punto	☐
10	¿Cuántas raciones de pescado-marisco consume a la semana? (1 plato, pieza o ración: 100-150 gr. de pescado o 4-5 piezas de 500 gr. de marisco)	3 ó más a la semana = 1 punto	☐
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera) como galletas, flanes, dulce o pasteles a la semana?	menos de 2 a la semana = 1 punto	☐
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?	3 ó más a la semana = 1 punto	☐
13	¿Consumo usted preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo: 1 pieza o ración de 100-150 gr.)	Sí = 1 punto	☐
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborado a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	2 ó más a la semana = 1 punto	☐



PALIAN:

Ciclo de coloquios para estudiantes
y profesionales de los cuidados paliativos

Cuidados paliativos en tres continentes

♦ **Trini Díaz**

Conocer la realidad de diversos programas de cuidados paliativos en todo el mundo es un modo diferente de aprender lo esencial de la atención al final de la vida en cualquier circunstancia. Con este objetivo, estudiantes y profesionales de los cuidados paliativos han disfrutado de un ciclo de coloquios en el que han participado conferenciantes de Europa, América Latina, Norteamérica y África. La iniciativa, que ha tenido como escenario del Colegio de Médicos de Navarra, ha sido promovida por el Programa ATLANTES del Instituto Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra, la Facultad de Medicina y la Sociedad Navarra de Cuidados Paliativos (PALIAN). Según los expertos invitados, las claves para el desarrollo de los cuidados paliativos son: el apoyo de los gobiernos, con leyes favorables a los cuidados paliativos y planes de acción nacional; el voluntariado y la formación de los profesionales sanitarios, con programas de pregrado y posgrado.

DUBLÍN: CUNA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN EL MUNDO

Irlanda es un país puntero en cuidados paliativos con un modelo exportable al resto de la Unión Europea, según explicó Michael Connolly, profesor de Enfermería en la University College Dublín. Destacó que los cuidados paliativos tienen entidad propia como una especialidad dentro de la Medicina y que los equipos son multidisciplinares. Además, en 2010 se estableció un Programa Clínico Nacional que ha desarrollado criterios de actuación y reglas básicas para los profesionales de los cuidados paliativos. “Gracias a este plan –manifestó– los profesionales disponemos de muchas herramientas de trabajo, estudio y evaluación”.

Michael Connolly subrayó la importancia de la filantropía para el desarrollo de esta disciplina médica. “El Estado financia los servicios de cuidados paliativos, pero también se consiguen muchos recursos gracias a la generosidad de los ciudadanos, que realizan aportaciones económicas voluntarias”, indicó.

Añadió que el acceso a los cuidados paliativos es una cuestión fundamental para la justicia social y la inclusividad. “Deben estar accesibles cuando se necesiten, sin importar el estatus sociocultural del paciente o dónde vive”, dijo el especialista que alertó de las desigualdades existentes hoy en día, ya que “las personas que viven en un ambiente socioeconómico desfavorecido y poseen bajo nivel de educación tienen menos posibilidades de solicitar estos cuidados porque no los entienden”.



LA IMPORTANCIA DEL VOLUNTARIADO EN EL SALVADOR

Mario López Saca, profesor de Cuidados Paliativos en la Universidad Matías Delgado (El Salvador), impartió la ponencia ‘América Latina: Un nuevo proyecto Hospice para El Salvador promovido por una ONG’.

Para López Saca, la labor de los voluntarios ha sido muy importante en el impulso de los cuidados paliativos en El Salvador, que afronta ahora el reto de elaborar un Plan Nacional de Cuidados Paliativos y abrirá dos unidades más de dolor y cuidados paliativos en dos hospitales públicos. Además, en 2017 la Universidad Dr. José Matías Delgado incluirá, como obligatoria, la asignatura de Medicina Paliativa. Sin embargo, esta disciplina médica todavía no está consolidada en el país ya que se necesitarán “programas de formación a nivel de pregrado y posgrado, pero para ello las unidades asistenciales deben terminar de consolidarse”.

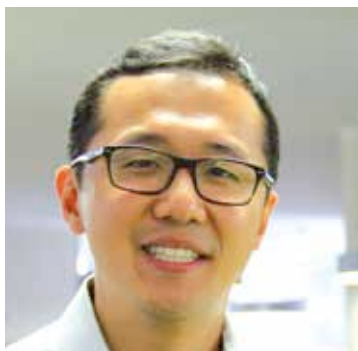


OTAWA: UN NUEVO ENFOQUE EN LA ATENCIÓN

José Pereira, director de Investigación del Colegio de Médicos de Familia de Canadá, participó con la conferencia ‘Norteamérica: Ottawa Regional Program, Canadá, Cuidados Paliativos integrados en un Sistema Sanitario moderno’. El experto habló de la importancia del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Ottawa, que consiguió la integración de esta disciplina en el sistema sanitario canadiense.

Pereira manifestó que los cuidados paliativos son responsabilidad de todos: “No solo se trata de asistencia especializada en medicina paliativa, sino también de un enfoque para la atención primaria y para otras especialidades como oncología, cardiología, geriatría, pediatría...”. Para el experto, “una de las claves es que los cuidados paliativos no son algo propio del final de la vida, sino que pueden ayudar mucho durante diferentes etapas de una enfermedad”. A su juicio, los cuidados paliativos son “absolutamente esenciales” en la práctica sanitaria, ya que “son un vehículo de otras muchas competencias: un buen médico debe tener una perspectiva holística de los pacientes”.





UGANDA: CUANDO LOS RECURSOS SON ESCASOS

El último ponente fue John Rhee, estudiante del posgrado de Medicina en la Facultad de Medicina Mount Sinai (Nueva York). En su conferencia, titulada 'ÁFRICA: Un estudiante de medicina en Hospice Africa Uganda,

Kampala, Uganda', explicó su experiencia en el centro de cuidados de Kampala, uno de los más punteros del continente.

Según el ponente, en Uganda hay pocos recursos y los cuidados paliativos no están subvencionados por el Gobierno, de modo que "muchas personas no reciben estos cuidados porque no pueden pagar los tratamientos". Aunque, gracias a la ayuda de las ONG, muchos pacientes pueden recibir consultas y morfina líquida gratis "no es un modelo de financiación sostenible".

Uganda es uno de los países africanos con los cuidados paliativos más

desarrollados debido a varios factores, subrayó Rhee: desde el Ministerio de Sanidad se apoyan los cuidados paliativos, la ley permite a las enfermeras administrar opioides –ya que no hay muchos doctores–, es fácil acceder a los servicios y hay programas de formación –por ejemplo, en el Hospice Africa Uganda (HAU) se imparte un diploma en cuidados paliativos–.

Además, desde el HAU se ha llevado a cabo un plan de educación sobre el uso de la morfina para explicar a familias y profesionales su administración y sus efectos. El objetivo ha sido combatir el miedo extendido al uso de este fármaco.

UNIÓN EUROPEA: REINO UNIDO, BÉLGICA Y PAÍSES BAJOS, LOS MÁS DESARROLLADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Reino Unido, Bélgica y Países Bajos –empatados en el segundo puesto– y Suecia son las naciones de la Unión Europea con mayor desarrollo de los cuidados paliativos. Así lo señala una investigación liderada por el Programa ATLANTES del Instituto Cultura y Sociedad (ICS) de la Universidad de Navarra. España ocupa el puesto número 11 de la clasificación. Es uno de los países que ha experimentado uno de los descensos más significativos (en 2007 estaba en 5º lugar), junto con Francia (de 7º a 14º) y Grecia (de 19º a 27º).

Para analizar el desarrollo de los cuidados paliativos, se han comparado los datos de 2007 y 2013. Los investigadores han analizado los recursos de los que dispone cada país y su vitalidad, es decir, el número de activistas, profesionales y asociaciones que tratan de impulsar los cuidados paliativos. Según el equipo, esta metodología de estudio, basada en dos variables, permite analizar de forma más simple y con la misma fiabilidad de resultado la evolución de los cuidados paliativos.

Apoyo gubernamental, voluntariado y formación, claves para el desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo.

DOS VARIABLES: RECURSOS Y VITALIDAD

En lo que respecta al apartado de los recursos, el país más avanzado es Luxemburgo, con una puntuación de 72 sobre 84. Reino Unido (68) y Bélgica (66) están en el segundo y tercer puesto, respectivamente. Por su parte, España es el país número 12, con 49 puntos, lo que supone un descenso desde 2007, cuando era el octavo, con 57 puntos.

Alemania y Reino Unido lideran el ranking de vitalidad con un 8, máxima nota posible, tanto en 2007 como en 2013. España tiene un 7 y se encuentra en tercera posición, junto con Bélgica, Dinamarca, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Países Bajos y Rumanía. España es el único país del tercer puesto que no ha variado su calificación desde 2007.

Los responsables de la investigación son el equipo del Programa ATLANTES del ICS, en colaboración con David Clark, de la Universidad de Glasgow, y coordinados por Carlos Centeno, director del Programa ATLANTES y de la Unidad de Medicina Paliativa de la Clínica Universidad de Navarra. El trabajo ha sido publicado en Journal of Pain and Symptom Management, la revista científica más importante en el campo de los cuidados paliativos.

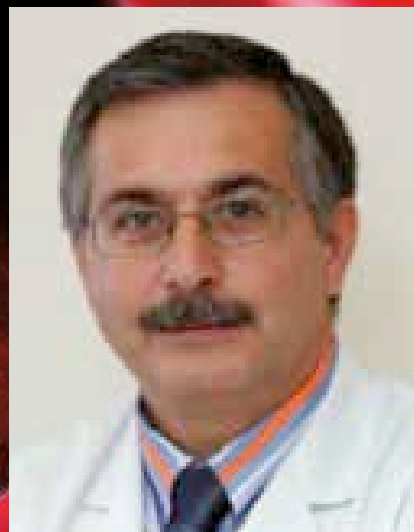
RANKING DE LOS PAÍSES DE LA UE SEGÚN EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

País	Recursos	Vitalidad	Desarrollo	Ranking 2007	Ranking 2013
	Sobre 84	Sobre 8	Sobre 100		
Reino Unido	68	8	86	1	1
Bélgica	68	7	81	4	2
Países Bajos	66	7	81	10	2
Suecia	65	7	80	3	4
Irlanda	62	7	77	2	5
Austria	65	6	77	9	5
Alemania	57	8	76	5	7
Dinamarca	57	7	73	12	8
Luxemburgo	72	2	71	11	9
Polonia	59	5	68	8	10
España	49	7	68	5	11
Italia	43	7	60	13	12
Hungría	43	7	60	17	12
Francia	41	7	58	7	14
Malta	52	3	58	21	15
Portugal	38	6	53	25	16
Letonia	40	5	51	21	17
Eslovenia	46	3	50	15	18
Bulgaria	48	1	46	16	19
Lituania	47	1	45	18	20
Finlandia	30	5	42	12	21
República Checa	22	6	38	24	22
Rumanía	18	7	38	20	22
Estonia	37	1	36	27	24
Eslovaquia	20	3	27	26	25
Chipre	21	2	25	23	26
Grecia	13	4	24	19	27
Croacia	16	2	21	--	28



Antídotos para la hemorragia causada por nuevos anticoagulantes orales:

han llegado para quedarse



■ **JOSÉ A. PÁRAMO.**

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA.
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE
NAVARRA

Los fármacos que inhiben la coagulación de la sangre (anticoagulantes) representan un pilar fundamental de la terapia cardiovascular para prevenir y tratar los coágulos sanguíneos y la formación de nuevos coágulos. El problema inherente a la anticoagulación es que no solo se afecta la coagulación patológica, responsable de la trombosis, sino también la hemostasia fisiológica, lo que puede ocasionar serias complicaciones hemorrágicas.

Hasta la última década, los antagonistas de la vitamina K (AVK, ej. Sintrom o Warfarina) eran los únicos anticoagulantes orales para la prevención y tratamiento a largo plazo de las trombosis. Estos fármacos ejercen su efecto inhibiendo la síntesis hepática de diversos factores necesarios para el proceso normal de la coagulación (Figura 1). Cuando se produce una hemorragia secundaria a la administración de AVK, la reversión de su efecto, es decir, el retorno de la sangre a un estado de

coagulación normal, se conseguía en primer lugar determinando con una sencilla prueba de laboratorio, el INR (Razón Normalizada Internacional), que proporciona información analítica sobre cuándo administrar vitamina K, el antídoto de los AVK, en el caso de que se produjera un cuadro hemorrágico. La vitamina K requiere varias horas para ejercer su acción neutralizadora de los AVK y éstos presentan, además, numerosas limitaciones derivadas del estrecho margen terapéutico, necesidad de monitorización frecuente e interacciones importantes con fármacos y alimentos.

En los últimos 7 años se encuentran disponibles 4 nuevos anticoagulantes orales para uso clínico. Reciben la denominación genérica de nuevos anticoagulantes orales (NOAC) o anticoagulantes orales de acción directa (ACOD), siendo los más desarrollados a nivel clínico el dabigatran (Pradaxa®), apixaban (Eliquis®), rivaroxaban (Xarelto®) y edoxaban (Lixiana®) (Figura 1). A diferencia de los AVK, los ACODs inhiben un solo factor de la coagulación: trombina en el caso de dabigatran y factor Xa en el caso de apixaban, rivaroxaban y edoxaban, y presentan indudables ventajas, ya que no requieren monitorización frecuente, se emplean en dosis fijas y presentan escasas interacciones con fármacos y alimentos. Además, son de eficacia similar o superior a los AVK y más seguros. Así, en pacientes con fibrilación auricular, la arritmia cardíaca más frecuente, los NOAC previenen la aparición de ictus o embolismo sistémico, reducen la incidencia de hemorragia mayor y se asocian con una disminución del 50% en la incidencia de hemorragia cerebral, que es la complicación más temible de los AVK (Tabla 1).

Sin embargo, a pesar de estas ventajas, las complicaciones hemorrágicas siguen estando presentes

Tabla 1. Perfil de eficacia y seguridad de los ACODs comparados con AVK en pacientes con fibrilación auricular

Eficacia o seguridad	Reducción del riesgo relativo de NOAC en comparación con AVK (%)
Ictus o embolismo sistémico (eficacia)	19
Hemorragia mayor (seguridad)	14
Hemorragia cerebral (seguridad)	52

En los últimos años se han desarrollado antídotos potentes y seguros para el control de las hemorragias y reversión del efecto anticoagulante de los ACODs, que van a permitir administrar con seguridad y sin complicaciones estos fármacos

con los ACODs (3-6%), representan un importante problema para el clínico, ya que, a diferencia de los AVK, no existe una prueba analítica cuantitativa disponible para valorar el nivel de anticoagulación (como es el INR para los AVK), el tratamiento de la hemorragia es complejo y no siempre se soluciona con la sustitución de los factores de la coagulación. Incluso aunque no exista una hemorragia activa, los pacientes tratados con ACODs pueden requerir un procedimiento invasivo o quirúrgico

urgente para lo que se precisa reversión de la anticoagulación.

En la actualidad, los clínicos que deseen revertir el efecto de los NOAC se ven limitados a emplear agentes hemostáticos generales inespecíficos (ej. Concentrado de factores de coagulación), u otros procedimientos, como la hemodiálisis, para eliminar la concentración circulante de algunos de los ACODs, como es el caso de dabigatran, con eficacia controvertida y no siempre capaces de controlar la hemorragia (Figura 2).



Antídotos para los ACODs

En los últimos años se han desarrollado 3 tipos de agentes capaces de revertir el efecto de los NOAC, con resultados iniciales muy prometedores y que, a corto plazo, van a permitir el control de las hemorragias en pacientes que reciben estos fármacos (Tabla 2).

Idarucizumab (aDabi-Fab). Es un anticuerpo humanizado que se une selectivamente a dabigatran con alta afinidad (Figura 3). Estudios iniciales en animales y voluntarios demostraron que la administración intravenosa de idarucizumab es muy eficaz para revertir el efecto anticoagulante de dabigatran, siendo bien tolerado y sin causar efectos secundarios importantes. Recientemente, se ha

llevado a cabo el estudio REVERSE (the Reversal of Dabigatran Anticoagulant Effect With Idarucizumab) en pacientes con hemorragia severa o cirugía de urgencia. El estudio incluirá 500 pacientes de más de 400 hospitales, pero se han reportado los resultados de 90 pacientes que tomaban dabigatran y presentaron hemorragia o requerían intervención urgente. Se evaluó el efecto de 2-5g de idarucizumab administrados por vía intravenosa, observándose que el antídoto neutralizaba inmediatamente el efecto de dabigatran en todos los pacientes tratados, con un perfil de seguridad muy satisfactorio. Ello supone un gran avance en el tratamiento contemporáneo de la anticoagulación, ya que el uso de

idarucizumab (Praxbind®) va a permitir mejorar la seguridad del dabigatran en situaciones que requieren una reversión rápida del efecto anticoagulante.

Andexanet alfa (PRT064445). Se trata de una proteína recombinante que tiene una estructura similar al factor Xa, pero no es activa ya que carece del dominio γ-carboxiglutamico, por lo que no puede unirse a superficies celulares, así como de una mutación en su centro activo. Sin embargo, la molécula es capaz de unirse a los inhibidores del factor Xa con gran afinidad, lo que conlleva la inactivación de su efecto anticoagulante (Figura 4). Se han llevado a cabo estudios en voluntarios que recibían apixaban (ANNEXA-A) o rivaroxaban (ANNEXA-R) en los que se ha evaluado el efecto de andexanet administrado como bolus intravenoso de 400 mg o como bolus de 400mg seguido de infusión durante 2 horas. Ambos regímenes consiguieron normalizar la actividad anti-Xa de los ACODs en un plazo de 2-5 minutos. En sujetos con hemorragia aguda también se ha constatado recientemente el efecto beneficioso andexanet (ANNEXA-4).

Los ACODs son más efectivos y seguros que los AVK, pero no están exentos de complicaciones hemorrágicas

Tabla 2. Características de los principales antídotos de los ACODs

Agente	Diana	Estructura	Vía	Estudios clínicos
Idarucizumab (aDabi-Fab)	Dabigatran	Ac humanizado	IV	REVERSE (reversión rápida, mantenida y segura con 2-5g)
Andexanet alfa (PRT064445)	Inhibidores Xa	Variante FXa recombinante	IV	ANNEXA-A con apixaban y ANNEXA-R y ANNEXA-4 con rivaroxaban (reversión rápida, mantenida y segura con 400 mg bolus e infusión)
Aripazina (PER977)	Universal (Factor Xa y heparinas)	Pequeña molécula	IV	En curso con edoxaban

IV: intravenosa

Los resultados de los estudios que se han llevado a cabo hasta la actualidad indican que andexanet consigue una reversión rápida de la actividad de apixaban y rivaroxaban, sin efectos adversos importantes, lo que supone un gran avance para pacientes que reciben inhibidores del factor Xa.

Aripazina (PER977). Se trata de una pequeña molécula diseñada originalmente para neutralizar heparinas (no fraccionada y de bajo peso molecular), pero es capaz de neutralizar también diferentes anticoagulantes que inhiben el factor Xa, incluyendo ACODs. En un estudio en voluntarios, la administración de

aripazina por vía intravenosa 3 horas tras edoxaban, restauró la coagulación a los 10 minutos y los efectos se mantuvieron durante 24 horas. En la actualidad, se están llevando a cabo estudios en fase II en pacientes tratados con edoxaban y sus resultados pueden identificar una nueva familia de antidotos para los ACODs.

CONCLUSIÓN

La finalidad de emplear agentes capaces de revertir el efecto de los ACODs es prevenir la morbilidad y mortalidad relacionada con las complicaciones hemorrágicas, ya que una preocupación de los clínicos ha sido la falta de un antidoto específico para neutralizar su efecto. En los últimos años se han desarrollado antidotos potentes y seguros para el control de las hemorragias y reversión del efecto anticoagulante de los ACODs, que estarán disponibles a corto plazo y van a permitir administrar con seguridad y sin complicaciones estos fármacos de tanta utilidad en el manejo de la trombosis.

MENSAJES CLAVE

Los ACODs son más efectivos y seguros que los AVK, pero no están exentos de complicaciones hemorrágicas

Existen situaciones clínicas, como hemorragias o cirugía de urgencia, que requieren reversión del efecto anticoagulante de los ACODs

Estudios recientes sugieren que idarucizumab (antidoto de dabigatran), andexanet alfa y aripazina (antidotos de los anti-Xa) son seguros y eficaces para la reversión inmediata de la anticoagulación, por lo que van a jugar un papel importante en la clínica para contrarrestar los efectos de los ACODs.

Gráficos

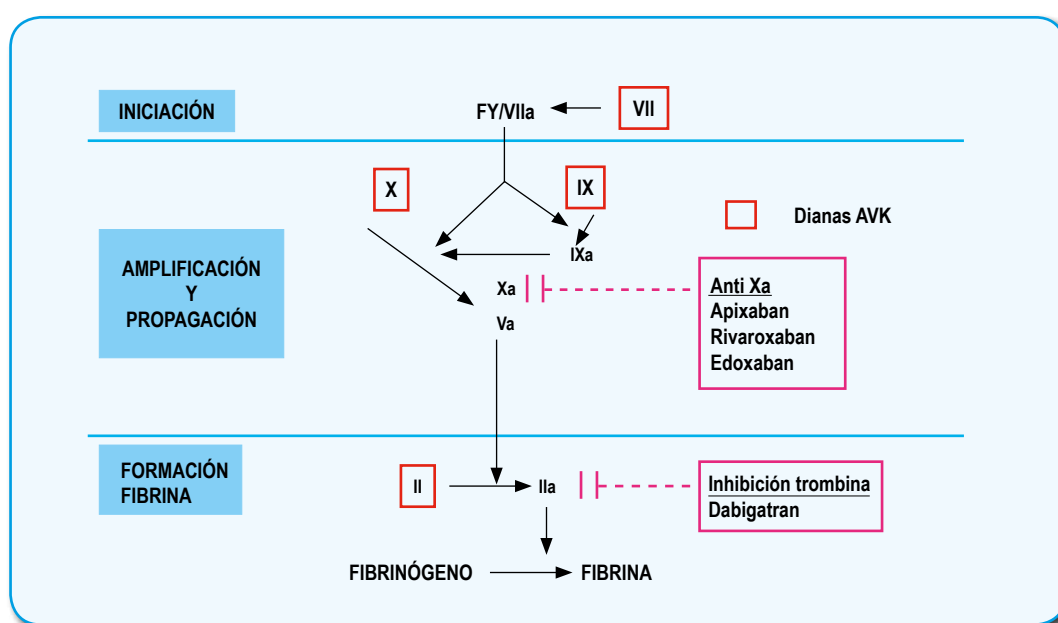


Figura 1.

Fases de la coagulación y mecanismo de los fármacos anticoagulantes

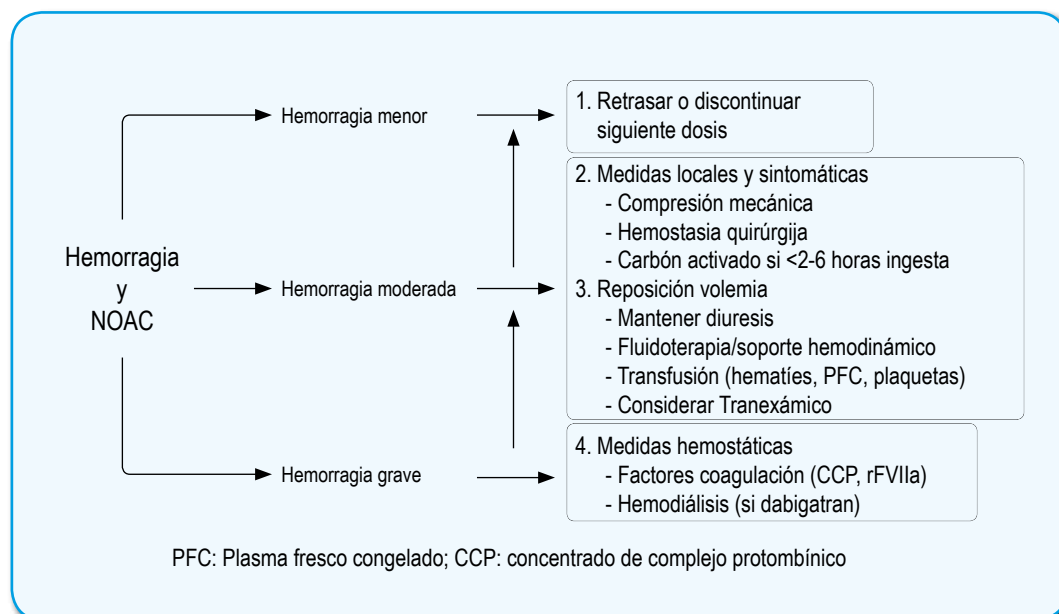


Figura 2.

Estrategia actual para tratar hemorragias por NOAC

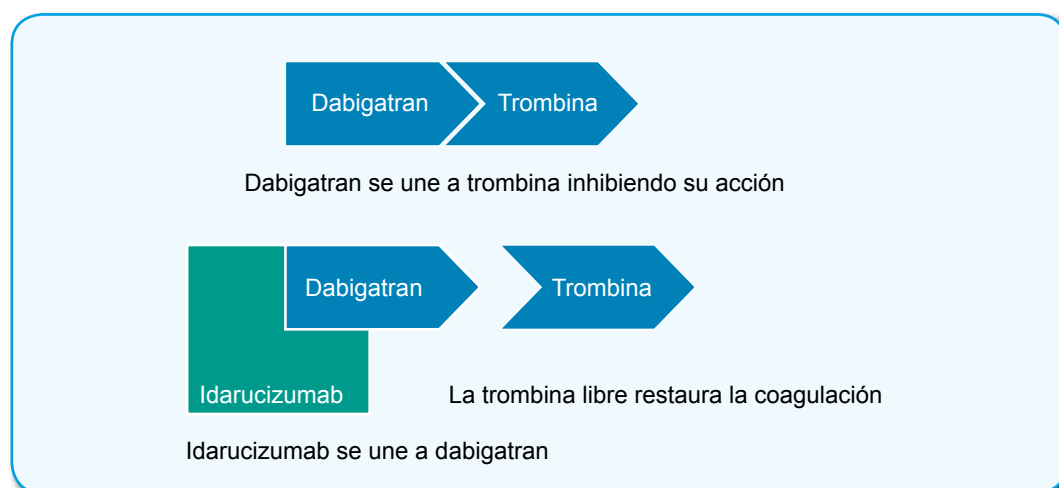


Figura 3.

Mecanismo de acción de idarucizumab

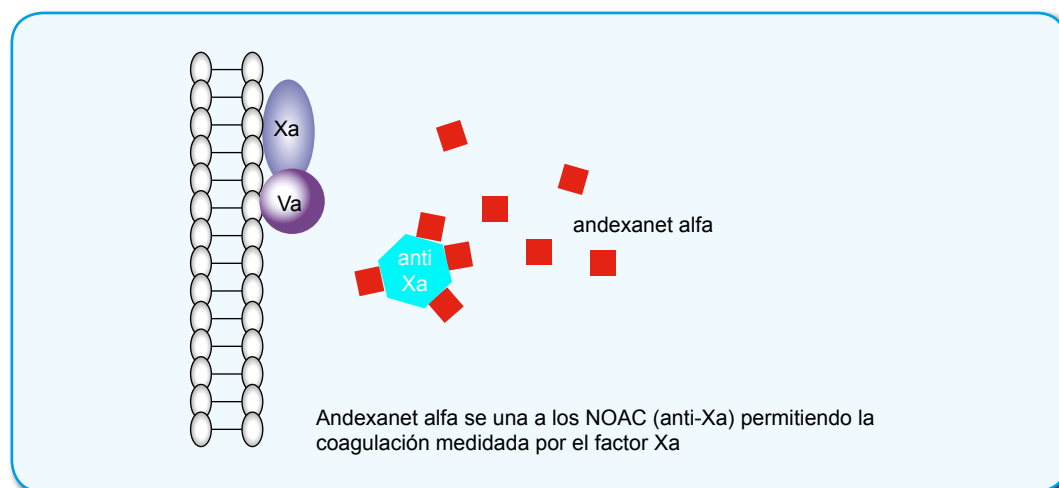


Figura 4.

Mecanismo de acción de andexanet alfa

» I Encuentro SEMG Navarra

Fundación SEMG Solidaria, una apuesta por la solidaridad en medicina

Los días 17 y 18 de octubre se celebró, en el Colegio de Médicos de Navarra, el I Encuentro SEMG Navarra (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia). Participaron un centenar de médicos y doce ponentes de cinco comunidades autónomas.

En el Encuentro se habló de medicina y solidaridad. El Dr. José Manuel Solla expuso cuál es el trabajo que desarrolla la Fundación SEMG Solidaria, que nació en 2003 y que es la única Fundación sostenida por una sociedad científica en España, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Trabaja con una lista de voluntarios de más de 8.000 médicos.

La filosofía de esta Fundación, explicó el Dr. Solla, presidente y fundador de SEMG Solidaria, se basa en que "enseñamos a pescar más que a repartir pescado. Hacemos que las comunidades en riesgo de exclusión sean protagonistas de su propio cambio". La labor de esta Fundación es identificar el origen del problema, reúne el equipo apropiado, y se facilita atención y docencia para solucionar el problema. Una vez que los voluntarios de la Fundación ya no están en el lugar, los protagonistas siguen desarrollando lo aprendido y enseñando.

En su exposición, relató, mediante unos videos, el trabajo de medicina y solidaridad que viene realizando esta Fundación desde 2003, en lugares como Sáhara (en los campamentos de refugiados de Tinduf), en Nicaragua y en Haití.

La Fundación SEMG Solidaria es una organización privada, sin ánimo de lucro, que coopera por el progreso de países en vías de desarrollo. Su principal objetivo es colaborar

con aquellos países que no disponen de un sistema sanitario próspero y donde las carencias superan las necesidades básicas para la subsistencia humana.

Ejemplo de este objetivo solidario es la creación en Nicaragua de la Unidad Clínico Docente, inaugurada el 23 de marzo de 2008. Esta Unidad, uno de los mayores proyectos de la fundación hasta la fecha, nació con la finalidad de brindar el acceso a una atención médica de calidad, eficiente y con calidez a la población en el municipio de Ciudad Sandino (Nicaragua), estableciéndose, además, como la sede permanente de la Escuela de Formación Médica Continuada para el médico general, especialmente nicaragüense, pero también de otros países de la zona.

En este primer día, dedicado a la solidaridad y las enfermedades tropicales, el Dr. José Luis Del Pozo, profesor de Microbiología de la Universidad de Navarra, alertó del peligro del tráfico y consumo de fármacos falsos en el mundo, el Dr. Galo Aguirre explicó los diferentes síntomas de las enfermedades más frecuentes tropicales, el Dr. Enrique Ornilla de la Clínica Universitaria presentó los proyectos de la OMS y, por último, el Dr. Jesús Millán, de la Universidad Complutense, afirmó la necesidad de tratar el riesgo residual en los enfermos de alto riesgo cardiovascular.



¿QUÉ HACER CUANDO LA AMBULANCIA NO HA LLEGADO?

Durante la segunda Jornada, se desarrollaron talleres sobre la exploración y tratamiento de columna, rodilla y hombro a cargo de los doctores Salvador Cruz, José Luis Barroso y Santiago Martínez Gorostiaga.

Como novedad, se celebró un taller con el título ¿Qué hacer cuando la ambulancia no ha llegado? Los doctores José Ramón Mozota y Paulino Castanedo explicaron cómo estabilizar al paciente de una manera práctica y eficiente, formación que había sido demandada por los médicos de urgencias rurales.

Cerró el Encuentro el neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, Francisco Javier Campano, que explicó las diferentes características y tratamiento en los pacientes de asma y EPOC.

Este Encuentro nace con la intención de perdurar en el tiempo y ofrecer a los médicos una formación de alta calidad e independiente, con la participación de médicos de Atención Primaria y Hospitalaria, y de otras Comunidades con el fin de comparar las diferentes formas de trabajar.



Debate SEMERGEN: La artrosis como paradigma de enfermedad crónica. Controversias y retos desde la Atención Primaria

*“Los pacientes
artrósicos presentan
casi el doble de
comorbilidades”*

♦ **Trini Díaz**

Un paciente con artrosis sintomática de rodilla tiene casi el doble de posibilidades de padecer patología concomitante que el resto de la población, según explicó el Dr. Luis Mendo, presidente de SEMERGEN Navarra, en el debate sobre “La artrosis como paradigma de la enfermedad crónica. Controversias y retos desde la Atención Primaria”, organizado por SEMERGEN Navarra, en colaboración con Bioibérica y Fundación Colegio de Médicos, el pasado 22 de septiembre en el Colegio de Médicos de Navarra.

Luis Mendo presentó los datos del estudio EMARTRO que evalúa la comorbilidad en pacientes afectados de artrosis sintomática de rodilla. “Sobre todo padecen hipertensión arterial (un 62%), dislipemia (un 58%), enfermedad vascular periférica venosa (un 23%), diabetes mellitus tipo II (un 22%), reflujo gastroesofágico (un 19%) y osteoporosis (un 12%)”. En concreto, explicó que “la artrosis se relaciona con un incremento del riesgo de enfermedad vascular periférica venosa del 121%, de reflujo gastroesofágico del 115% y de hipertensión del 42%”.

Esta mayor incidencia de comorbilidades en pacientes artrósicos se relaciona, subrayó el presidente de SEMERGEN Navarra, con una mayor prescripción de distintas medicaciones de manera estadísticamente significativa. “Además, el paciente artrósico sufre más ansiedad y depresión y consume significativamente más antidepresivos y ansiolíticos”.

Sobre el perfil del paciente, Luis Mendo explicó que “suele ser mujer (70,3%), con una media de 68 años, sobrepeso importante (75%) u obesidad (50%), con artrosis en diversas localizaciones y casi el doble de probabilidad de sufrir otras enfermedades respecto a pacientes sin artrosis de sus mismas características”.



FORMACIÓN, TIEMPO Y COORDINACIÓN

Actualmente, el 28% de la población mundial mayor de 60 años presenta artrosis y el 80% de ésta tiene limitaciones en sus movimientos. El Dr. Félix Zubiri, médico de Familia, recordó el impacto de la enfermedad en el sistema sanitario por su alta prevalencia y frecuentación, porque requiere un gran consumo de recursos y un importante gasto económico (los costes directos e indirectos asociados a esta patología pueden representar aproximadamente el 0,5% del PIB español). Alertó de que "el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población harán que la artrosis se convierta en la cuarta causa de discapacidad en el año 2020".

Uno de los retos pendientes en el abordaje de la artrosis es la coordinación entre niveles asistenciales. Aún reconociendo que "cada uno ha hecho lo que ha podido y lo mejor que ha podido", los médicos de Atención Primaria demandan una coordinación "activa, rápida y cercana", según explicó el Dr. Félix Zubiri. También desde Atención Primaria se reclama más tiempo y sosiego en la consulta y más formación continua.

EL PACIENTE, EN EL CENTRO

La alta heterogeneidad en el uso de recursos sanitarios y en el tratamiento de la artrosis, así como la necesidad de caminar hacia modelos de empoderamiento y autocuidado de los pacientes artrósicos mediante la puesta en marcha de grupos de autoayuda o escuelas de salud, fueron algunas de las conclusiones del debate.

Javier Díaz Espino, gerente de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, subrayó que la estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud busca "homogenizar la práctica clínica y los procesos de diagnóstico y tratamientos, evitando la variabilidad no justificada; mejorar la intervención terapéutica precoz y la seguridad de los enfermos en los tratamientos crónicos e identificar las necesidades de los pacientes en la esfera biopsicosocial". Hizo especial hincapié en la rehabilitación y el ejercicio físico, facilitando la rehabilitación en el domicilio, el acceso directo a fisioterapia desde Atención Primaria o la prescripción de ejercicio.

Los expertos reunidos coincidieron en la necesidad de individualizar los tratamientos, mejorar la información a los pacientes y promover la capacitación e implicación en su autocuidado. En este sentido, el Dr. Jordi Monfort, reumatólogo y director de la Unidad de Artrosis del Hospital del Mar de Barcelona, reclamó una relación de "compromiso" entre médico y paciente, con el objetivo de que se coloque al paciente en el centro del sistema

sanitario, haciéndole responsable de su propia salud. "Si está informado y aprende sobre dieta, controla su enfermedad; si está informado sobre la enfermedad, sabrá cómo afrontarla". Pidió, además, un Plan Nacional que unifique criterios y el desarrollo de una estrategia más allá de la Atención Primaria que dé prioridad a estos aspectos: entender la propia enfermedad y cómo afrontarla, mejorar las dietas y combatir la obesidad, y realizar ejercicio físico para mejorar la movilidad.

También el Dr. Félix Ceberio, especialista en Medicina Física y Rehabilitación del Complejo Hospitalario de Navarra, subrayó que en el abordaje de una enfermedad crónica como la artrosis es preciso "mejorar la información a los pacientes, entender sus perspectivas respecto a su enfermedad, y promover intervenciones que favorezcan la capacitación y la implicación en su autocuidado para mejorar el afrontamiento del dolor y preservar su calidad de vida". Subrayó que "líderes de opinión de todo el mundo coinciden en que las opciones de tratamiento deben evaluarse individualmente y de acuerdo con el paciente". Recomendó como líneas de actuación lograr del paciente: un cambio en su estilo de vida, pérdida de peso y la práctica de ejercicio aeróbico moderado durante 30-40 minutos diarios.

En Navarra, durante el año 2015 se colocaron 371 prótesis de cadera y 619 prótesis de rodilla. "Para el año 2030 se calcula un aumento del 174% de las artroplastias de cadera y un 673% de las de rodilla", indicó el Dr. Ceberio.



ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS

El estudio EMARTRO estima que alrededor del 14% de los pacientes con artrosis no recibe ningún tratamiento. Y de los que sí lo hacen, el 50% está siendo tratado principalmente con paracetamol. En menor medida, un 30%, toman antiinflamatorios.

El Dr. José Ramón Azanza, director de Servicio de Farmacología y director clínico de la Unidad de Investigación de Farmacología de la Clínica Universidad de Navarra, explicó que "las nuevas evidencias científicas que certifican la eficacia y, sobre todo, la mayor seguridad de los fármacos sysadoa, con respecto a los tratamientos anteriores, abren la puerta a una actualización de las recomendaciones farmacológicas".

El experto recordó que diferentes estudios han demostrado que el paracetamol es un fármaco poco activo porque, aunque alivia el dolor, no tiene incidencia sobre la enfermedad. Presenta, además, potenciales efectos adversos, especialmente en pacientes con afectación hepática. Añadió que, en determinados pacientes y a ciertas dosis, puede presentar toxicidad renal, alteraciones en la fórmula sanguínea, hipoglucemia y dermatitis alérgica.

En referencia a antiinflamatorios, recomendó precaución ante su uso en pacientes crónicos y a dosis altas. El ibuprofeno "no solo tiene un riesgo de agresión a la mucosa gástrica sino que está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática, cardíaca, renal o respiratoria grave". Otros tratamientos como los antiinflamatorios tópicos "pueden tener

una acción entre ligera y moderada en el caso de la artrosis de manos y rodilla, pero no se puede administrar en las grandes articulaciones".

Con respecto a los sysadoa (glucosamina y condroitín sulfato) subrayó que "actúan sobre la enfermedad de forma lenta y que por su mecanismo de acción, además de aliviar síntomas, pueden mejorar la situación de la articulación en algún grado". Argumentó que ya están publicados numerosos estudios, realizados de manera científica y controlada, que ponen en evidencia su eficacia, efectividad y sobre todo el buen perfil de seguridad y ausencia de efectos secundarios, interacciones con otros fármacos o eventos adversos.

En opinión de este experto, "el paracetamol puede ser usado a demanda, sobre todo al principio cuando duele la articulación acompañado de los sysadoa –que al ser de acción lenta tarda un tiempo en hacer efecto– y dejar los antiinflamatorios clásicos para situaciones con dosis bajas y tratamientos de corta duración".



Participaron en el debate los doctores Juan Ramón Azanza, Javier Díaz, Luis Mendo, Félix Zubirí, Jordi Monfort y Félix Ceberio.

PALIAR LAS INEQUIDADES

Algunas de las medidas adoptadas por las diferentes administraciones autonómicas del SNS han puesto trabas importantes en el acceso de los pacientes a determinados fármacos, como ha sido el caso de los sysadoas. Para Arantxa Vallés, consultora de la Oficina del Comisionado para la Equidad del Sistema Nacional de Salud, "todo ello ha ocasionado un perjuicio a los pacientes artrósicos en relación al control de su enfermedad crónica y, por consiguiente, a su calidad de vida. Tenemos que garantizar que el acceso a los tratamientos para la artrosis sea equitativo para todos los pacientes. No tiene sentido que en algunas comunidades se esté restringiendo la prescripción de fármacos sysadoa, específicos para la artrosis y respaldados por numerosa evidencia", denunció Arantxa Vallés.



» Asociación Navarra de Pediatría (ANPE)

“El pediatra es el garante de la salud física, psíquica y social de los menores”

♦ IDOIA OLZA

Con motivo de la celebración del Día Nacional de la Pediatría (el 8 de octubre), el Dr. Raimon Pèlach Pàniker, presidente de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), considera oportuno la celebración de este día porque “es importante recordar a la sociedad el papel de nuestra especialidad, el de los profesionales pediátricos y el mantenimiento de la calidad de la atención pediátrica como garante de la mejor salud infantil. Es necesario empoderar la Pediatría. Además, tenemos que tener claro que cuantos mejores hábitos se adquieran en la infancia mejores condiciones de salud tendrán las personas en la edad adulta”.

Una revisión sistemática llevada a cabo por investigadores españoles demuestra que, en países desarrollados, explica Pèlach, “la atención infantil y adolescente en manos de pediatras presenta un mejor cumplimiento de los programas de vacunación y de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermedades de elevada incidencia y prevalencia en comparación con los médicos de familia o médicos generales”.

“El uso adecuado por los pediatras de fármacos, calendarios vacunales y la disminución de derivaciones al hospital son de una gran importancia para las familias y gestores y pueden tener enormes repercusiones sanitarias y no sanitarias”.

El lema elegido para este año en el Día Nacional de la Pediatría es “Recuerda: el mejor médico para el niño es el Pediatra”.

El Dr. Pèlach cita una frase del juez Emilio Calatayud que decía “Cuidamos de los niños que son los hombres del futuro, en cambio el juez de menores es el menor de los jueces, el maestro de los niños es el menor de los profesores y el pediatra es el menor de los médicos”. “Con esto quiero destacar el poco valor que, por lo general, dan los gestores a la Pediatría -sobre todo en su primer nivel, que es la puerta de entrada al sistema sanitario- en un momento donde la figura del pediatra es más importante que nunca dados todos los problemas pluripatológicos del adulto que existen en la actualidad, y que muchos se podrían prevenir desde la edad infantil con hábitos saludables”.

El pediatra explica que en esta sociedad actual los problemas físicos, como el sobrepeso, el asma, las infecciones ya conocidas y, en general, todo el campo de la prevención, puede estar controlada, “pero cada vez estamos viendo más factores psicosociales que están afectando de forma importante al menor y a los que hay que prestar mayor atención. Estamos hablando de fracaso escolar, acoso, maltrato, problemas familiares, escasez de objetivos en los menores, todos ellos difíciles de gestionar, y a los que podemos añadir las enfermedades infecciosas emergentes y lo relacionado con las vacunaciones en niños inmigrantes y/o viajeros. Sin embargo, en nuestro trabajo diario tenemos mucha demanda de patología banal, y nos falta tiempo para trabajar todos estos factores a los que me refiero”.

“Nos olvidamos que los problemas físicos son más prevalentes en el niño durante los seis primeros años de su vida (porque el sistema inmunológico se está desarrollando pero aún no es estable), y a partir de esa edad son los problemas psicosociales y de interrelación los que aumentan y tenemos que prestarles una atención mayor”.

Según Raimon Pèlach, la pediatría de Atención Primaria –en la que incluye tanto a los centros de salud como al Servicio de Urgencias Extrahospitalarias- está sobrecargada de trabajo, y muchos pediatras están “quemados y/o decepcionados”, de ahí la importancia de que los gestores sean creativos en sus estrategias y busquen alternativas. “Nosotros hemos propuesto varias soluciones, pero no avanzan. ¿Por qué hay que pasar consulta todos los días? A lo mejor, no es necesario que un médico pase consulta todos los días y parte de este tiempo lo pueda dedicar a tratar los temas referidos con otros informadores que trabajan en el entorno del niño y adolescente (centros de salud mental, centros educativos, bienestar social) ”.

En lo que se refiere a la formación continuada en Pediatría, otra asignatura pendiente, Pèlach se muestra tajante al afirmar que “todos sabemos que mientras no sea la Administración, a través de sus presupuestos, la que asuma los costes de formación e investigación, difícilmente se podrá aceptar una crítica general a la relación de las sociedades profesionales con la industria. Esto debe reconocerse así, y cualquier otra consideración es un ejercicio de doble moral”.



COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

» El Dr. Guillermo Vázquez cuenta su experiencia en Navarra:

“ÉBOLA EN ÁFRICA Y EUROPA”



Foto cedida:
Juan Ciudad
ONGD

Colaborador en África con los hermanos de San Juan de Dios, analizó aspectos relativos a la evolución de la enfermedad, la precariedad de los sistemas de salud africanos mermados por la propia crisis de ébola y apostó por la educación como camino para el futuro de África.

El Dr. Guillermo Vázquez, médico especialista en medicina tropical, director de Cooperación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos y miembro de la Comisión Técnica de la Fundación Red de Colegios Médicos Solidarios (FRCOMS) de la OMC, visitó Navarra para reflexionar sobre el ébola en África y Europa y exponer las conclusiones obtenidas tras la crisis de la epidemia de esta enfermedad ocurrida en 2014. Expuso su experiencia en una mesa redonda moderada por el periodista de *Medicus Mundi*, Javier Pagola, y en la que también pudo conocerse el punto de vista de Alfons Rodríguez, fotoperiodista.

El Dr. Vázquez ha sido asesor sanitario de la orden de San Juan de Dios durante la crisis en Sierra Leona y Liberia y es médico cooperante con diversas organizaciones internacionales. Es uno de los pocos expertos sobre ébola y

viajó “al terreno” durante la epidemia de 2014, para colaborar en la reapertura del Hospital San José de Monrovia (Liberia), asesorando la formación de profesional sanitario y la aplicación de protocolos de protección. Durante la crisis su conocimiento resultó fundamental y esto le llevó también a actuar como asesor del Estado en 2014.

El doctor puntualizó en su intervención que “la epidemia está bajo control, registrándose casos esporádicos. El virus puede persistir, una vez alcanzada la curación clínica, en determinados fluidos corporales y esto supone que personas aparentemente curadas pueden contagiar a su entorno”.

Tras la experiencia de la epidemia, el doctor concede especial importancia a un factor determinante para el éxito de la intervención: “las epidemias con este perfil solo pueden controlarse si la comunidad local se

involucra y esto requiere comprender y respetar, entender sus necesidades y su cultura”.

Vázquez describió la situación que viven determinados países como Sierra Leona o Liberia donde buena parte del personal sanitario, médicos y enfermeras, fueron las primeras víctimas de la enfermedad de ébola dejando a esas sociedades africanas sin prácticamente soporte sanitario “el número de médicos por habitante ya era mínimo, si a ello unimos los efectos del ébola sobre el personal sanitario y la ausencia de universidades y centros de formación... pueden ustedes imaginar la precariedad de los sistemas de salud africanos”.

Mencionó la celeridad con la que se ha actuado en el desarrollo de vacunas eficaces: “Se han ensayado diversas vacunas, incluso durante la propia epidemia, y a día de hoy se está utilizando una”, y se refirió a las

A: LECCIONES APRENDIDAS"

líneas de investigación actualmente abiertas para mejorar los materiales para trajes, utensilios y recursos sanitarios destinados a la protección y comodidad de los profesionales en el ejercicio de su labor.

Guillermo Vázquez expresó repetidamente un concepto: "en un mundo interconectado y globalizado, las profesiones sanitarias deben de jugar un papel importante en defensa del derecho y protección de la salud de las personas, tanto individualmente como colectivamente" y abogó por profundizar en la "formación y el entrenamiento específico para la medicina aplicada, también a los países en vías de desarrollo".

El doctor puntualizó: "El ébola es la primera epidemia del siglo XXI, siglo globalizado y sin fronteras técnicas. Intentar dar una salida al ébola con soluciones del pasado siglo XX no puede a funcionar".

Por último, Guillermo Vázquez se fijó en las diferencias que el abordaje de enfermedades de este tipo puede tener en África y en sociedades avanzadas: "la sanidad de los países desarrollados es muy potente y está capacitada para la respuesta al ébola. Podrá sorprender en algún momento, como pasó en EE UU o en España, pero la capacidad de respuesta es muy rápida. Aquí, en España, a las diez horas de haber detectado el caso

todos los contactos estaban ya identificados e inmediatamente se habían tomado las medidas". Este escenario no se puede dar en África por lo que resulta evidente que deben existir diferencias entre la actuación entre África y Europa: "los protocolos para países de pobreza extrema nunca fueron pensados para aplicarse en Europa. Un protocolo africano no sirve aquí".

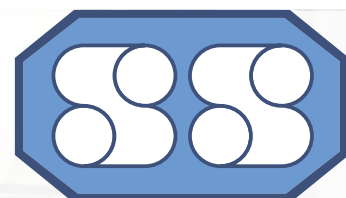
El doctor se mostró "esperanzado" al ser preguntado por las posibilidades del continente africano, aunque matizó "siempre que nos relacionemos con respeto hacia África. La educación es el camino para el futuro de África".■



Disponemos de todos los materiales para **BAÑO** y **COCINA**.
Coordinamos todos los gremios para la reforma de su **HOGAR**.

**Descuentos
a colegiados.**

iVenga y consúltenos sin compromiso!



Salinas

SELECCIÓN Y DISEÑO, S.L.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS:

Avda. Zaragoza, 55
Tfno.: 948 23 65 83
Fax.: 948 23 65 40
31005 - Pamplona

EXPOSICIÓN II ENSANCHE:

Navarro Villoslada, 10
(Pza. de la Cruz)
Tfno.: 948 23 56 45
31003 - Pamplona

EXPOSICIÓN SAN JUAN:

Plaza del Obispo Irujo, s/n.
Tfno.: 948 26 67 07
31011 - Pamplona



COLEGIO DE ARQUITECTOS DE NAVARRA
www.salinasseleccion.com
info@salinasseleccion.com

SI TÚ ME DICES VEN



♦ BEGOÑA BERMEJO FRAILE.

Doctora en Metodología de Investigación Biomédica.

En cada hombre, en cada individuo, se contempla un mundo, un universo
(Giordano Bruno).

Tres son los aspectos importantes cuando se seleccionan los individuos para un estudio: qué individuos se estudian, cuántos se estudian y cómo se seleccionan, o dicho de otro modo, criterios de selección, tamaño de la muestra y tipo de muestreo.

Criterios de selección

La población diana es aquella a la que queremos extrapolar los resultados del estudio. Si por ejemplo queremos estudiar la prevalencia de ferropenia en las mujeres en edad fértil, la población diana está constituida por todas las mujeres en edad fértil. A ellas se generalizarán los resultados. Dentro de la población diana, el subconjunto de individuos al que se tiene la intención de estudiar (fundamentalmente por criterios de

representatividad y accesibilidad) constituye la población de estudio. En el ejemplo sería el conjunto de mujeres en edad fértil, no embarazadas, sin patología sangrante... etc que trabajan en el Hospital X y acuden a la revisión periódica realizada durante el año 2015. Pero resulta que pueden ser muchas las personas que forman parte de la población de estudio, y básicamente por una cuestión de eficiencia, no podemos estudiarlas todas, por lo que seleccionamos una muestra, un número concreto de pacientes que formarán la muestra de estudio. Éstos son los sujetos realmente estudiados.

La representatividad de la muestra se intenta controlar mediante los criterios de selección, que pueden ser características sociodemográficas (determinados grupos de edad o sexo), características de la enfermedad (pacientes con una enfermedad concreta, en uno u otro estadio, que siguen o no un tratamiento), y por supuesto el marco geográfico y temporal del estudio, porque no es igual la incidencia de diabetes en un país u otro, como no es igual en el 2015 que en el 2006.

Y si yo soy la humanidad, ¿existe ella en sí misma sin mí?
(Czeslaw Milosz).

Los criterios de selección no sólo influyen en la validez de los resultados (validez interna), sino también en la capacidad de generalización de los mismos (validez externa), porque si son muy laxos se pueden cometer errores que invalidan los resultados, y si son muy estrictos, los resultados sólo se podrán extrapolar a una población tan concreta como la definida.

Imaginemos que se lleva a cabo un ensayo clínico para evaluar la efectividad de un tratamiento para el Parkinson. Con el fin de que nada interfiera con el tratamiento en cuestión, se seleccionan pacientes con Parkinson, que no presenten otra patología de base (hipertensión, cardiopatía, diabetes, hipercolesterolemia, neoplasia) y que no estén tomando ningún otro tratamiento. Los resultados pueden llegar a ser muy válidos, porque nada interfiere con el tratamiento que se está probando, pero muy poco generalizables, porque no hay mucha población que cumpla con estas características.

Tamaño de la muestra

El número de pacientes estudiados tiene importantes connotaciones metodológicas, éticas y económicas.

En estadística, el tamaño de la muestra actúa como una lupa: cuando se estudian muchos pacientes, cualquier pequeña diferencia puede resultar estadísticamente significativa, y cuando se estudian muy pocos, grandes diferencias pueden no resultar significativas, y así puede ocurrir que si estudiamos menos pacientes de los necesarios, no detectemos como significativas diferencias importantes, y en cambio, si estudiamos más de los necesarios, detectemos diferencias que pueden no ser clínicamente relevantes.

Las muestras pequeñas pueden servir para no probar nada, las muestras demasiado grandes pueden servir para no probar nada
(Sacket 1979).

Si en un ensayo clínico estudiamos muchos pacientes, y con la mi-



tad ya hubiésemos visto que el tratamiento que se está probando es efectivo, ¿es ético someter al grupo control a la opción "perdedora", cuando ya podríamos darle el tratamiento demostradamente efectivo? Y por el contrario, ¿es ético llevar a cabo un ensayo clínico con menos pacientes de los necesarios cuando no se va a poder demostrar la efectividad del tratamiento porque las diferencias no van a resultar estadísticamente significativas?

Muestreo

De todos los posibles individuos candidatos para un estudio se seleccionan sólo algunos, los que constituirán la muestra de estudio. El tipo de muestreo influye notablemente en la representatividad de la muestra, y así, el muestreo probabilístico (llamado así porque de entrada se conoce la probabilidad de un individuo de ser seleccionado) cuenta con más probabilidades de seleccionar una muestra representativa que el no probabilístico.

Dentro del muestreo probabilístico están el muestreo aleatorio simple, en el que, de todos los individuos potencialmente participantes, se selecciona una muestra al azar. Es el tipo de muestreo que más fácilmente llevará a seleccionar una muestra representativa, pero no siempre se tiene un listado de todos los posibles candidatos al estudio. El muestreo sistemático se denomina así porque hay un sistema de selección, por ejemplo, el de todos los pacientes cuyo número de historia clínica acaba en 3 o el de los pacientes atendidos los días pares del mes. Puede resultar parecido al muestreo aleatorio, pero se ha visto que en general presenta más

sesgos. En el muestreo estratificado se divide a los candidatos en estratos de población, por ejemplo, estrato de hombres y estrato de mujeres, y dentro de cada estrato se selecciona una muestra, que puede ser por azar. Por último, cuando la unidad de estudio son grupos de individuos, por ejemplo, colegios o aulas (que pueden haber sido seleccionados aleatoriamente) se trata de un muestreo por conglomerados. Este tipo de muestreo tiene la ventaja de que se seleccionan muchos individuos a la vez, y la desventaja de que se pierde variabilidad, porque los individuos de un grupo se parecen entre ellos.

El hombre es una multitud solitaria de gente, que busca la presencia física de los demás para imaginarse que estamos todos juntos
(Carmen Martín Gaité).

Dentro de los muestreos no probabilísticos destaca el muestreo consecutivo, porque es el más frecuentemente utilizado en clínica y el más parecido, en cuanto a la representatividad, al muestreo probabilístico. Se trata de seleccionar los n primeros pacientes que cumplen con los criterios de selección. El muestreo de conveniencia, como la misma palabra indica, es aquel en el que se

seleccionan determinados pacientes porque vienen bien. Por ejemplo, un investigador trabaja de tarde, por lo que sólo se seleccionan los pacientes que acuden a la consulta por la tarde (quizás son distintos de los que acuden por la mañana). El muestreo por cuotas es aquél en el que de entrada nos indican las características

de la muestra que tenemos que terminar seleccionando. Por ejemplo, necesitamos tantas mujeres entre 45 y 65 años, tantos hombres mayores de 65 años...etc sin importar cómo los seleccionemos. El muestreo de voluntarios es sencillamente aquel en el que se solicitan voluntarios para participar en un estudio de cribado de cáncer de mama, por ejemplo. En general, los individuos que se presentan voluntariamente para participar en un estudio no son iguales a los que no se presentan, pero a veces no queda otra opción.

¿Difícil? No, sólo se trata de estudiar una muestra lo suficientemente amplia para poder controlar los errores debidos al azar, y lo suficientemente representativa para controlar los errores sistemáticos.

La humanidad es como es. No se trata de cambiarla, sino de conocerla
(Gustave Flaubert).

Correspondencia:

amim

Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina

E-mail:

bbermejo_amim@hotmail.com





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

Supuesto de hecho que analiza la citada sentencia.

Se trata de una enfermera nombrada por el Hospital Universitario de Madrid (Servicio Madrileño de Salud) personal estatutario temporal eventual, entre el 5 de febrero y el 31 de julio de 2009. La causa que justificaba el nombramiento era *“la realización de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria”* y como contenido y descripción de la prestación se detallaba *“el desarrollo de su actividad en este hospital para garantizar la atención asistencia”*.

Tras el primer nombramiento, se emitieron siete más, con idéntico contenido, de modo que prestó servicios sin solución de continuidad entre el 5 de febrero de 2009 y 31 de marzo de 2013 (más de cuatro años).

Con base en la Orden de la Consejería de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid de 28 de enero de 2013 sobre contención de gasto público, se le cesó con efectos del 31 de marzo de 2013; no obstante el día 21 de aquel mes, es decir, con anterioridad al cese, se le comunicó un nuevo

Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 14/9/16; asunto 16/15

Sobre la adecuación a la normativa europea de la sucesión de contratos temporales

“Sus conclusiones podrían ser de aplicación al personal sanitario de la Comunidad Foral”

nombramiento idéntico, también sin solución de continuidad, entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2013.

Contra el cese, y previa la interposición de recurso de alzada correspondiente, acudió la enfermera a la jurisdicción contencioso-administrativa aduciendo que sus sucesivos nombramientos no tenían por objeto responder a necesidades coyunturales o extraordinarias sino que en realidad correspondían a una actividad permanente y que, en consecuencia, los sucesivos nombramientos temporales de duración determinada incurrieran en fraude de ley y la relación de servicio debía transformarse en indefinida.

Cuestión sometida al TJUE

El Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 4 de Madrid planteó la siguiente cuestión prejudicial al Tribunal de Justicia de la Unión Europea: si la regulación del nombramiento eventual del personal sanitario contenida en el artículo 9.3. del Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) es contraria a la Directiva 1999/70/CE, y al Acuerdo Marco sobre

el trabajo de duración determinada, que figura como su anexo en la medida en que: a) no fija duración máxima total para los sucesivos nombramientos eventuales, ni número máximo de renovaciones de los mismos; b) deja a la libre voluntad de la Administración la creación de plazas estructurales cuando se realicen más de dos nombramientos para la misma prestación de servicios de un periodo de doce meses o más meses en un periodo de dos años; y c) permite realizar nombramientos eventuales sin que conste en los mismos la concreta causa objetiva de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria que los justifique.

Se pregunta el Juzgado de Madrid si ello –artículo 9.3 del Estatuto Marco que a su entender permite las circunstancias anteriores– es contrario a la cláusula 5ª del Acuerdo Marco de la Directiva 1999/70/CE que establece:

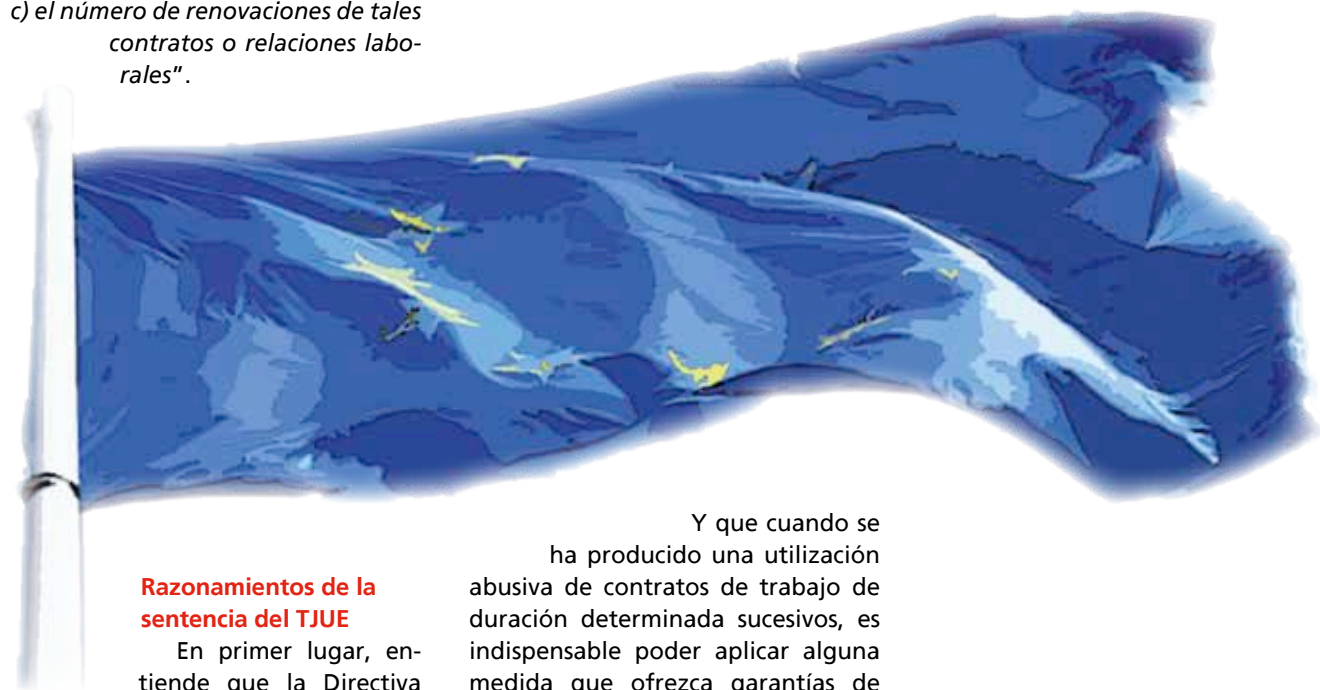
“A efectos de prevenir los abusos como consecuencia de la utilización sucesiva de contratos o relaciones laborales de duración determinada los Estados Miembros... cuando no

existan medidas legales equivalentes para prevenir los abusos, introducirán una o varias de las siguientes medidas: a) razones objetivas que justifiquen la renovación de tales contratos o relaciones laborales; b) la duración máxima total de los sucesivos contratos de trabajo o relaciones laborales de duración determinada; y c) el número de renovaciones de tales contratos o relaciones laborales".

Afirma que el derecho a la estabilidad en el empleo se concibe como un componente primordial de la protección de los trabajadores, mientras que los contratos de trabajo de duración determinada solo pueden responder simultáneamente a las necesidades de los empleadores y a los trabajadores en ciertas circunstancias.

y continuado de los centros sanitarios o para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria.

Es decir, que la norma nacional limita la celebración de tales contratos, en esencia, a los efectos de satisfacer necesidades provisionales; y



Razonamientos de la sentencia del TJUE

En primer lugar, entiende que la Directiva 1999/70/CE y su anexo (Acuerdo Marco) es aplicable a todos los trabajadores, sin establecer diferencias en función del carácter público o privado del empleador para el que trabajan y ello independientemente de la calificación de su contrato en derecho interno.

Interpreta la cláusula 5ª del Acuerdo Marco estableciendo que tiene por objeto imponer límites a la utilización sucesiva de contratos o relaciones laborales de duración determinada, considerada fuente potencial de abusos en perjuicio de los trabajadores, estableciendo un cierto número de disposiciones protectoras mínimas con objeto de evitar la precarización de la situación de los asalariados.

Y que cuando se ha producido una utilización abusiva de contratos de trabajo de duración determinada sucesivos, es indispensable poder aplicar alguna medida que ofrezca garantías de protección de los trabajadores efectivas y equivalentes, con objeto de sancionar debidamente dicho abuso y eliminar las consecuencias de la infracción del Derecho de la Unión.

La sentencia analiza si en el derecho interno (artículo 9.3 del Estatuto Marco del Personal Sanitario) concurren las circunstancias del artículo 5 del Acuerdo Marco anexo a la Directiva; establece que la normativa nacional determina de manera precisa los requisitos con arreglo a los cuales se pueden celebrar sucesivos contratos o relaciones de trabajo de duración determinada: prestación de servicios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente

“Habrá que estar atento a cómo resuelve la reclamación el Juzgado de lo Contencioso nº 4 de Madrid y a cómo aplican los Tribunales españoles el referido pronunciamiento”

entiende que la sustitución temporal de un trabajador puede constituir en principio una razón objetiva en el sentido de la cláusula 5ª del Acuerdo Marco. Recoge que en una Administración que dispone de numeroso personal, como el sector de la sanidad pública, es inevitable que con frecuencia sean necesarias sustituciones temporales para cubrir las bajas por enfermedad, permiso de maternidad, permiso parental u otras.

En cambio, dice la sentencia que *"no puede admitirse que nombramientos de duración determinada puedan renovarse para desempeñar de modo permanente y estable funciones de los servicios de salud incluidas en la actividad normal del personal estatutario fijo"*. En efecto, la renovación de contratos o relaciones laborales de duración determinada para cubrir necesidades que no tengan carácter provisional, sino permanente y estable, se opone directamente a la premisa en que se basa la cláusula 5ª del Acuerdo Marco anexo a la Directiva, cual es que los contratos de trabajo de duración indefinida constituyen la forma más común de relación laboral.

Y concluye que se deduce de la situación de la demandante que sus sucesivos nombramientos para garantizar los servicios hospitalarios no parecen responder a meras necesidades temporales del empleador. Dice la sentencia que corrobora esta afirmación la apreciación del Juzgado de Madrid que califica de mal endémico la cobertura de puestos en el sector en los Servicios de Salud mediante nombramientos de personal estatutario temporal, y que considera que alrededor del 25% de las 50.000 plazas de plantilla de personal facultativo y sanitario están ocupadas con personal con nombramientos de carácter temporal, llegando en algunos casos extremos a rebasar los quince años de prestación ininterrumpida

"En principio, la sentencia no resulta de aplicación directa al personal del SNS-O, aunque los razonamientos y el pronunciamiento sí podrían resultar de aplicación"

de servicios con una duración media entre cinco y seis años.

En razón de todo ello, el TJUE declara que la cláusula 5ª del Acuerdo Marco, anexo a la Directiva 1999/70/CE, se opone a que la norma nacional –artículo 9.3 Estatuto Marco– sea aplicada por el Estado miembro de manera que:

–La renovación de sucesivos nombramientos de duración determinada justificada por razones objetivas por basarse en normas que permiten la renovación para garantizar la prestación de servicios de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, se refiera en realidad a necesidades que sean permanentes y estables.

–No existe obligación de crear puestos estructurales que pongan fin al nombramiento de personal temporal eventual, si tales puestos estructurales se proveen con personal interino, de modo que la situación de precariedad de los trabajadores perdura, mientras que el Estado miembro de que se trata tiene un déficit estructural de puestos fijos en dicho sector.

Situación a que da lugar la sentencia del TJUE

Habrà que estar atento a cómo resuelve la reclamación el Juzgado de

lo Contencioso nº 4 de Madrid, tras la resolución de la cuestión prejudicial por el TJUE, y a cómo aplican los Tribunales españoles el referido pronunciamiento, pero parece que habrá que entender que no es posible encadenar contratos o nombramientos temporales para cubrir necesidades estructurales o permanentes, y que tales contratos podrán entenderse celebrados en fraude de ley; lo que quedaría menos claro es si el tal uso abusivo de la contratación temporal daría lugar a la transformación en fijo o indefinido del contrato o nombramiento; pues la condición de fijo en el ámbito de las Administraciones Públicas solo puede adquirirse, en principio, mediante la superación de procesos selectivos en los que se observen los principios de igualdad, mérito y capacidad (art. 23.3 y 103.3 de la Constitución).

Aunque, según se recoge en la prensa especializada (Redacción Médica de 23/9/16), el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo nº 2 de Vigo, aplicando la sentencia del TJUE, ha condenado al Servicio Gallego de Salud a reconocer a 9 auxiliares de enfermería, que encadenaron sucesivos contratos temporales, como indefinidas, creando las plazas que ocupan como plazas estructurales.

El derecho interno español que la sentencia del TJUE entiende como contraria a la Directiva es el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud que, en principio, no resulta de aplicación directa al personal del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; aunque los razonamientos y el pronunciamiento de la sentencia sí podrían resultar de aplicación pues la regulación de la vinculación temporal del personal sanitario que se contiene en el Decreto Foral 68/2009, es bastante similar a la contenida en el Estatuto Marco; por lo que sus conclusiones podrían ser igualmente de aplicación al personal sanitario de la Comunidad Foral. ■



En el 2013, Pamplona fue sede del encuentro de coros de Colegios de Médicos que cantaron, entre otros escenarios, en el claustro de la Catedral.

El Colegio de Médicos de Navarra, sede del próximo Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España

El Colegio de Médicos de Navarra será la sede del VII Encuentro de Coros de Colegios de Médicos de España, que tendrá lugar en la primavera de 2017. De esta forma, el colegio navarro coge el testigo del de Valencia que fue la última ciudad donde se celebró. El Colegio de Médicos de Navarra será, por segunda vez, el anfitrión de este evento, ya en el año 2013 ya fue el encargado de su organización.

Así que el coro del Colegio de Médicos de Navarra tiene por delante unos meses de trabajo y de organización del evento.

Antes, como en años anteriores, el coro navarro participará, en el mes de diciembre, en la fiesta anual de la Vocalía de Médicos Jubilados y Viudas y también en el concierto de Navidad que se celebra cada año en el Complejo Hospitalario de Navarra.

Respecto a sus más recientes actuaciones, destaca la participación del Coro en la celebración, el pasado 1 de octubre, del Día Internacional de las Personas Mayores.

¿Te gustaría formar parte del Coro del Colegio de Médicos?

Ensayamos los jueves, a las 20 horas, en la sede colegial Querido o querida colega:

Tras el paréntesis veraniego, iniciamos a primeros de septiembre, el nuevo curso de ensayos con el Coro del Colegio Oficial de Médicos de Navarra.

Me dirijo a ti, que por diversas circunstancias abandonaste el proyecto y a ti que deseas apuntarte nuevo este año. Te animo a unirme a nosotros en este nuevo curso.

El Coro está consolidado, gracias a la perseverancia de los primeros componentes del mismo. Lo forman actualmente 35 cantantes y te puedo asegurar que el ambiente es excelente, de auténtica amistad, que es de lo que se trataba al fundar el coro: pasárselo bien disfrutando con el canto y ampliar los vínculos de amistad entre colegas, todo ello sin renunciar a mejorar nuestras prestaciones musicales, tanto en calidad como en repertorio.

Por eso nos dirigimos a todos: ¡anímate! a incorporarte al Coro, un proyecto ya consolidado y que está deseando ampliar el número de compañeros dispuestos a disfrutar con la música. No te arrepentirás.

Si vas a volver o si vas a venir, simplemente preséntate en la sede colegial cualquier jueves a las 20 horas, que es el día y hora de los ensayos.

Si no puedes, ponte en contacto con la secretaria del colegio o con la coordinadora del coro, Julia Alonso Yerro (tfn. 609211086).

¡Te esperamos!



CURSO 2016-17 EN EL CENTRO DE FORMACIÓN DE IDIOMAS CLEN COLLEGE

¡Tu formación en idiomas, y la de tus hij@s, en nuestras manos!

Descuentos especiales para médicos e hij@s.

PARA ADULT@S

-Curso de tres horas a la semana.
PRECIO MATRÍCULA:
Nuevo alumno:
70 euros
Renovación:
45 euros.
Precio Venta al público:
108 euros/mes.
Precio médicos e hij@s:
81 euros/mes.

-Preparación de exámenes. Cursos extensivos.
Duración: de octubre a junio (3 horas semanales).
Precio matrícula:
70 euros
Precio venta al público:
118 euros/mes.
Precio médicos e hij@s:
88 euros/mes.

-Conversación.
Viernes tarde y sábados mañana.
Cuota inscripción:
25 euros.
Antiguos alumnos:
64 euros/mes.
Precio venta al público:
69 euros/mes.
Precio médicos:
36 euros/mes.

Rochapea:

Marcelo Celayeta, 75
Nave B2, puerta 2ª, Of. 58
31014 PAMPLONA
Tel: **948 172 391**

Colegio de Médicos:

Avda. Baja Navarra, 47
31002 PAMPLONA
Tel: **948 172 391**

Mendebaldea:

Irulanrrea, 8 Entreplanta
31008 PAMPLONA
Tel: **948 267 852**

www.clencollege.com
recepcion@clencollege.com



CLEN COLLEGE – ih Pamplona



@CLENCollegeih

PARA NIÑ@S Y ADOLESCENTES HIJ@S DE MÉDICOS DE 4 A 16 AÑOS

-Cursos de 2 horas semanales.
PRECIO MATRÍCULA:
Nuevo alumno:
45 euros.
Renovación:
36 euros.
Precio venta al público:
72 euros/mes.
Precio hij@s de médicos:
49 euros/mes.

PREPARACIÓN DE EXÁMENES DE (12 A 17 AÑOS)

-Cursos enfocados hacia la preparación de los alum@s para los exámenes oficiales.
Duración: de septiembre a junio (2 horas semanales).

PRECIO MATRÍCULA:
Nuevo alumno:
45 euros.
Renovación:
36 euros.
Precio venta al público:
77 euros/mes.
Precio hij@s de médicos:
53 euros/mes.

Cursos intensivos preparatorios exámenes Cambridge marzo 2017



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

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

Todos nuestros intensivos incluyen:

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

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

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

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN INTENSIVOS CAMBRIDGE:

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN EXÁMENES CAMBRIDGE:

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





Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME
ATREVO A TODO...



Reservas: 948 226 364
www.restauranteelcolegio.es
f restauranteelcolegio



LA NAVIDAD CADA VEZ MÁS CERCA..

Restaurante
EL COLEGIO



55

El equipo de profesionales del Restaurante El Colegio ya estamos preparando las Fiestas de Navidad. Parece mentira, pero ya ha pasado un año. Así que ya toca empezar a pensar dónde las vamos a celebrar, y el Restaurante os lo pone fácil. Como en años anteriores, el Restaurante abrirá el Día de Navidad, Año Nuevo y Reyes. Ofrecemos menús especiales para estos días y recomendamos reservar las fechas con suficiente antelación.

Tampoco nos olvidamos de las Comidas de Empresa que, cada vez más, se organizan para estas fechas, así que si queréis una buena comida y discoteca para la sobremesa, el Restaurante es vuestro sitio. Una buena forma de disfrutar con los compañeros, pero desconectando del trabajo. Platos de calidad y diversión asegurada.

Y todavía tenemos más novedades: el Restaurante recupera una de las cenas más especiales del año. La celebración de la Cena de Ópera Navideña, donde nuestro elenco de voces conseguirá crear un ambiente maravilloso entre plato y plato. Todo un deleite para nuestros sentidos. La Cena de Ópera será el 30 de diciembre.

Recordad que todos los colegiados disfrutan de un descuento.

Os esperamos!!

BROTOS DE LECHUGA, JAMÓN IBÉRICO, FOIE Y VINAGRETA TRUFADA

INGREDIENTES:

Brotos de lechugas variadas, 150 g jamón ibérico, 120 g block de foie, vinagre, aceite de oliva, sal, 1 pizca pimienta blanca, frutos secos, 8 tomates cherry.

ELABORACIÓN:

Limpiaremos los brotes de lechuga y secaremos bien las hojas. Cortaremos los tomates cherry por la mitad. Por otro lado, cortaremos el jamón en finas lonchas. Y el block de foie en trozo de 37 gramos. Con el aceite de vinagre y la sal haremos una vinagreta.

MONTAJE:

En un bol aliñaremos los brotes de lechuga con la vinagreta. Colocaremos un puñado sobre el plato y lo envolveremos con las lonchas de jamón ibérico. Pondremos un trozo del block de foie encima y decoraremos el plato con pipas de girasol, pipas de calabaza y nueces. Rallaremos un poco de trufa por encima y le echaremos un poco del aliño. También se puede acompañar con unas tostadas de pan de pasas.

Y listo para comer.

Una ensalada un poco más especial para estos días de celebraciones. Esperamos que os guste!!



LUIS JEREZ

JEFE DE COCINA DEL RESTAURANTE EL COLEGIO

Hospitales navarros se suman a la iniciativa “Poción de héroes”, de apoyo a niños y niñas en tratamiento oncológico



Los «superhéroes», junto con responsables médicos y patrocinadores de la iniciativa.

♦ Trini Díaz

Cada año se diagnostican en Navarra entre 16-18 nuevos casos de pacientes menores de 15 años con cáncer.

El Complejo Hospitalario de Navarra y la Clínica Universidad de Navarra se han sumado al proyecto “Poción de héroes” que la Fundación Atresmedia lleva a cabo en hospitales de toda España con el fin de ayudar a los niños y niñas con cáncer a mejorar y superar el miedo que sienten ante el tratamiento oncológico. Con la incorporación de

estos hospitales navarros son ya 20 los centros hospitalarios en los que los "superhéroes" visitan a menores con cáncer.

Seis "superhéroes": Muchacho Invisible, Chica Fuego, Guapo Kinético, Señorita Muralla, Niño Elástico y Linda Rayo, prestarán a los niños y niñas con cáncer en Navarra sus "superpoderes", lo que les ayudará a cambiar la percepción que tienen del tratamiento y el miedo que les genera, así como a creer en su curación.

Cada año se diagnostican en Navarra entre 16-18 nuevos casos de pacientes menores de 15 años con cáncer, según datos aportados por María Sagaseta de Ilúrdoz, de Oncohematología del Complejo Hospitalario de Navarra, en la presentación de esta iniciativa. La enfermedad más frecuente es la leucemia linfoblástica, un 35-40%, seguida de tumores del Sistema Nervioso Central y linfomas. La tasa media de supervivencia es de alrededor del 75%, alcanzando prácticamente el 100% en tumores localizados de riñón, y el 80% en leucemias y linfomas. "A las armas terapéuticas convencionales como la cirugía, quimioterapia y radioterapia se han unido, en los últimos años, la aparición de moléculas dirigidas específicamente contra un tipo determinado de célula tumoral, en tumores muy específicos, consiguiendo tasas de remisión y curación muy esperanzadoras y abriendo una esperanza muy importante en la investigación del tratamiento de estas enfermedades", según la Dra. Sagaseta de Ilúrdoz.

También ha mejorado sustancialmente el tratamiento de soporte de estos pacientes, que pueden ya administrarse en hospitales de día, evitando así hospitalizaciones. "Se utilizan reservorios subcutáneos para evitar pinchar vías cada vez que reciben tratamiento, soporte para evitar los vómitos, soporte nutricional, cobertura antibiótica, etc, lo cual hace que la tolerancia a los tratamientos sea mucho mejor y permite que los pacientes lleven una vida relativamente normal e integrada socialmente".

Por su parte, Antonio Merino, director gerente del Complejo Hospitalario de Navarra subrayó la importancia de "humanizar los tratamientos y aumentar la esperanza de los padres y los niños en la curación. Iniciativas como "Poción de héroes", contribuyen en gran manera a mejorar la disposición y colaboración de los pacientes y sus familias, lo que facilita enormemente la actividad médica".

Para su puesta en marcha en Navarra, cuenta con la implicación de ADANO, así como de los voluntarios de Tanta, el Banco de Tiempo Solidario de la Universidad de Navarra, y de cuatro empleados de CaixaBank, encargados de las visitas de los "superhéroes" a los niños y niñas ingresados. Colaboran, además, diversas empresas locales, como CINFA, Uvesa, o Planasa, así como la Fundación SEUR, Obra Social La Caixa y Grupo Saned, AXA, Moltex, El Corte Inglés, Nestlé Health Sciencia, e IMS Health.

Un maletín con superpoderes para los niños navarros



"Creer en la cura y dar herramientas para entender qué es el cáncer" es el objetivo que persigue el proyecto "Poción de héroes". Ana Mayoral, de la Fundación Atresmedia, explicó que al comenzar el tratamiento, cada menor recibirá la visita de los "superhéroes", que le harán entrega de un maletín de "poderes" con diversos elementos del héroe que le acompañará durante su batalla contra el cáncer: un cómic en el que se cuenta la historia del personaje, un póster para colgar en su habitación del hospital, una chapa de héroe para poner en su pijama o camiseta, un pasaporte que será sellado en cada sesión de quimioterapia, una bolsa de dulces y unas pegatinas para adherir a la bolsa de suero con el tratamiento.

Podrán también participar en esta iniciativa a través de FAN3, canal especialmente diseñado para niños y niñas hospitalizados con la adaptación a formato vídeo de los cómics de los "superhéroes", que explica qué es el cáncer y la importancia del tratamiento de quimioterapia para poder combatirlo. Este canal gratuito de televisión aúna contenidos de entretenimiento con piezas educativas relacionadas con la salud y se emite en centros hospitalarios de toda España.

El proyecto contempla asimismo sesiones de formación con profesionales de los centros y padres y madres, que se llevan a cabo sistemáticamente en todos los hospitales en los que se ha implantado, y en las que participan oncólogos pediátricos, personal de enfermería, psicólogos, voluntarios y familiares de los menores.



ACUERDOS COMERCIALES

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

Los acuerdos firmados con estas entidades contienen:

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

Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

Prosin Informática

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

AMA

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

Gazpi, s.a.

Parque Empresarial La Estrella, C/Be-
rroa, 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 Univer-
sitaria. 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 Asocia-
dos, S.L.
C/ Las Provincias, 5 bajo
31014 · Pamplona
(NAVARRA)
www.flasociados.com
Tfno 948 20 71 11
Fax 948 20 67 59



herce
peluquería

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

Carta abierta a **José María de Prado**

Querido José María, para mí “Josemari”, porque tú me diste la potestad de llamarte así. Hay personas que pasáis desapercibidas al común de las gentes. Y es así porque sois, como lo fue Velázquez, hombres de un solo trabajo, una sola mujer, una sola casa y unos muy pocos amigos. Y no porque seáis selectivos, no, sino por fidelidad con vosotros mismos. Perteneceis al exclusivo grupo de los “pájaros solitarios”, que tan bien definía San Juan de la Cruz, cuyas cinco condiciones son: estar en lo más alto, no sufrir compañía, poner el pico al aire, no tener determinado color y cantar con suavidad. Nadie más representativo que tú; que llegaste a estar en lo más alto por tus conocimientos, fruto del estudio y del trabajo (no creo haya muchos, entre nuestros compañeros, que sepan de tu actividad en la CUN ni, tampoco, como traductor de libros médicos para Toray-Masson); que no sufrías la compañía de los necios, siempre más preocupados por el ruido que por la música; que ponías el pico al aire para ventear lo que de nuevo se iba dando a conocer, aquí y allá, en el mundo de la Medicina; porque nunca tuviste color definido, ya que no fuiste otro banderizo más, negándote a ser tirio o troyano, ejerciendo siempre de hombre libre, con capacidad de crítica y pensamiento propio, (algo que tanto molesta a mucha gente), perro sin amo que se lame sus propias heridas y que, finalmente, como Don Atahualpa, cantabas con acierto y suavidad, por eso sólo los pocos te podían y querían escuchar.

No sé bajo qué cielo andarás, quizás el que cobijaba a DUNE o, acaso, el que lo hacía con la FUNDACIÓN, pero seguro que será bajo un cielo distinto al del común de los mortales, en el que los sueños podrán abarcar el universo y hasta reinventarlo. Mas, sea el que sea, seguro que bastante más abierto a la discusión y al diálogo que el del resto de una sociedad española, que se dice democrática pero sigue siendo la de siempre, aquella de la que hablaba Antonio Machado cuando escribía: Esa España inferior, vieja y tahúr, zaragatera y triste, esa España inferior que ora y enviste cuando se digna a usar de la cabeza. Y que de seguir así, con el odio como patente y el hacha como instrumento, así como el deseo banderizo de venganza como principal motivación, a Dios gracias te has librado de ver a donde nos va a terminar conduciendo.

A los que te quisimos -junto a María Begoña, tu Chikitxu, y a tus hijas- no va a resultarnos fácil olvidarte. Sobre todo porque, además de un gran trabajador, fuiste un excelente médico y una estupenda persona, amiga de tus amigos, algo que la historia se ha encargado por activa y por pasiva de demostrarnos que no es, ni mucho menos, lo habitual en este país nuestro en el que la envidia sigue sin perdonar la grandeza de los demás.



Salvador Martín Cruz



María Antonieta, reina de Francia (2ª parte)

♦ **Jesús Repáraz Padrós**

El de 1780 fue un año especialmente duro para María Antonieta: deudas de juego, nuevos rumores sobre supuestas aventuras amorosas y, por último, la muerte de la emperatriz María Teresa fueron golpes que minaron la salud de la reina de Francia, ya debilitada desde 1778 a raíz del difícil alumbramiento de su primera hija. Existen diversos testimonios relativos a los problemas físicos que por entonces aquejaron a María Antonieta. Según el embajador austriaco en París, "aunque la reina es muy sobria en su alimentación, tiene la sangre acalorada, lo que se manifiesta en aftas en el interior de la boca, resfriados constantes y una molesta perturbación de su sueño". Un nuevo embarazo, anunciado en Marzo de 1781, vino a acrecentar la preocupación por la salud de la soberana. Sin embargo, María Antonieta dio a luz un varón (esta vez sin dificultades) en Octubre de aquel año, y su antiguo vigor pareció restablecerse por completo. Inmersa de nuevo en el mundo frívolo y vanidoso de la Corte, María Antonieta

volvió a entregarse a sus diversiones habituales, sin imaginar siquiera que las consecuencias de aquel comportamiento iban a ser desastrosas. Poco a poco, un amargo resentimiento fue arraigando en el pueblo francés. El rey, siempre apático e indeciso, parecía aprobar con su silencio los excesos de su esposa; ésta, dedicada por entero a su propio recreo, llegó a convertirse -sin apenas percatarse de ello- en el objeto del odio de la plebe. Así las cosas, entre la miseria del campesinado, la ruindad y el egoísmo de los nobles, la ineptitud del rey y la conducta disipada de la reina comenzó a crearse en Francia el ambiente propicio para el estallido de una gran revolución.





La personalidad de María Antonieta, aunque detestable a ojos de sus súbditos, poseía un encanto indiscutible para quienes formaban parte de su entorno más cercano y, en especial, para su familia. Es verdad que el carácter autoritario de su madre no le permitió mantener con ella una relación particularmente cariñosa; sin embargo, profesó un afecto sincero hacia su padre y sus hermanas, cuya muerte prematura dejó en su alma de adolescente un dolor que jamás pudo olvidar. Fue precisamente el recuerdo de aquella desgracia y el afán por proteger a los suyos lo que, años después, llevó a María Antonieta a tratar de inmunizar contra la viruela a su hija primogénita. A tal efecto se utilizaba por entonces una técnica de escarificación mediante la cual, tras provocar el sangrado de la piel, se inculcaba al paciente una mínima cantidad de material obtenido de las lesiones de un enfermo de viruela. Todavía Jenner no había iniciado su experimentación con la vacuna antivariólica, y el procedimiento no estaba exento de riesgos: de

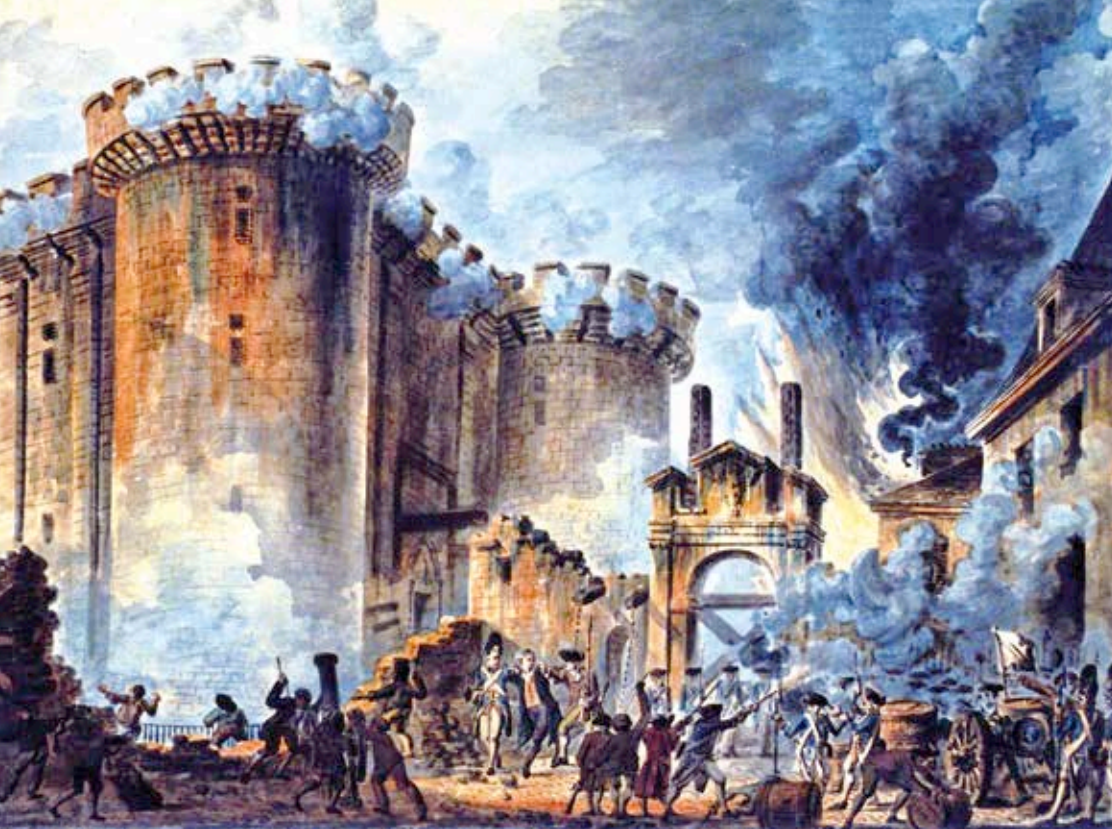
hecho, entre el uno y el dos por ciento de los inoculados fallecía. Pero María Antonieta, que creía en los beneficios de la inmunización, no sólo hizo inocular a su hija, sino que se inoculó ella misma y convenció a su esposo para que también lo hiciera. No hace falta decir que su temeridad fue duramente criticada, pero lo cierto es que ni ella, ni su marido ni sus hijos contrajeron nunca la enfermedad.

Esta aguda intuición que María Antonieta demostró poseer en el asunto de la vacuna, le faltó sin embargo a la hora de cuidar su imagen ante el pueblo. Nunca llegó a comprender que sólo el favor popular podría librarla de un destino fatal que ella misma se empeñaba en labrar con su estúpida

La miseria del campesinado, la ruindad y el egoísmo de los nobles, la ineptitud del rey y la conducta disipada de la reina comenzó a crear en Francia el ambiente propicio para el estallido de una gran revolución

ligereza. Durante años ofendió a las gentes sencillas con sus veleidades y caprichos, hasta aparecer ante ellas como el vivo emblema de la tiranía más odiosa. No sorprende, pues, que al llegar el momento de la prueba, María Antonieta no pudiese encontrar un solo apoyo sobre el que defender su honestidad. Esa prueba suprema, conocida en la Historia como el "Escándalo del Collar", tuvo lugar en 1785. Según testimonio del joyero Böhmer, a principios de ese año la reina le habría encargado, a través del cardenal de Rohan, la compra de un collar de diamantes cuyo precio superaba el millón y medio de libras. Interrogada al respecto por el rey, María Antonieta negó taxativamente haber hecho nunca tal encargo; pero Rohan, que reconocía haber recibido la joya de manos de Böhmer y afirmaba haberla entregado a una de las damas de María Antonieta (la condesa de La Motte), presentó como prueba de la orden de compra un supuesto manuscrito de la reina. El documento -aunque falsificado- aparentaba una autenticidad indiscutible, lo que colocaba a María Antonieta en una situación sumamente comprometida, ya que la condesa aseguraba no saber nada del asunto. En realidad, todo el enredo era un complot ideado por la propia condesa. Ella había hecho falsificar el manuscrito y había engañado a Rohan con la intención de apropiarse del collar, desmontarlo y venderlo por partes fuera de Francia. El plan, de una audacia sorprendente, a punto estuvo de culminar con éxito. María Antonieta, en efecto, carecía de pruebas que avalaran su inocencia, y sus pasados dispendios restaban crédito a su palabra. En medio de la confusión general, Böhmer reclamó la suma que se le adeudaba, mientras Rohan acusaba de engaño a la condesa. Llevada finalmente a juicio, la de la Mote fue hallada





calle. El 14 de Julio de 1789 una muchedumbre enervada tomó al asalto la prisión de la Bastilla, símbolo por excelencia de la autoridad monárquica. La insurrección se extendió de inmediato por toda Francia. A comienzos del mes de Agosto, la Asamblea proclamó la abolición del “feudalismo” y el fin de los privilegios de la nobleza y de la Iglesia. El rey fue despojado de sus competencias legis-

tivas y obligado a aceptar la escarapela tricolor, enseña de la Revolución.

Poco antes de producirse el estallido revolucionario, una tragedia familiar había sumido a María Antonieta en el dolor más amargo que puede sufrir una madre. Víctima de la tuberculosis, su primogénito varón -el Delfín Luis José- había fallecido en la madrugada del 4 de Junio de aquel año nefasto. Atenazada todavía por la congoja, la reina hubo de hacer frente a los sucesos terribles que siguieron al 14 de Julio: el linchamiento del gobernador de la Bastilla, el odio de la chusma desbordando las calles de París, la huida precipitada de los Grandes de Francia... En apenas unas semanas, todo el universo de María Antonieta se vino abajo para siempre.

A principios de 1790, la Asamblea francesa comenzó a trabajar en la elaboración de una Constitución. Los reyes fueron desalojados de Versalles y recluidos bajo arresto domiciliario en el palacio parisino de las Tullerías. La creciente animosidad de los revolucionarios atemorizó a la familia real, que huyó de París en Junio de 1791. Las posibilidades de éxito de la fuga se vieron comprometidas por la actitud de María Antonieta, que no consintió en abandonar la Corte sin llevar consigo un guardarropa completo y hasta se hizo acompañar en la huida de su peluquero particular. Así, en apenas veinticuatro horas, el convoy real fue interceptado por agentes jacobinos en la localidad fronteriza de Varennes. Las turbas parisinas, irritadas por el incidente y arengadas por agitadores de la calaña de Danton y Marat, exigieron entonces la abdicación de Luis XVI. Se produjeron violentos disturbios, y la represión llevada a cabo por la Guardia Nacional se saldó con varias decenas de muertos.

En el mes de Septiembre de 1791, con Francia convertida ya en una monarquía constitucional, la Asamblea Nacional fue disuelta. En su lugar se creó la llamada Asamblea Legislativa, un órgano que, dominado por los insurrectos más

Durante años ofendió a las gentes sencillas con sus veleidades y caprichos, hasta aparecer ante ellas como el vivo emblema de la tiranía más odiosa

culpable y condenada a prisión perpetua; Rohan, pese a carecer de responsabilidad alguna en la trama, fue depuesto de sus cargos y enviado al exilio; María Antonieta, por su parte, quedó oficialmente libre de culpa, pero su reputación ante el pueblo sufrió un daño irreparable.

Tres años habían transcurrido desde el bochornoso asunto del collar cuando, en el verano de 1788, Luis XVI convocó los Estados Generales con objeto de buscar solución a la crisis financiera que devastaba el país. La reunión dio comienzo en Mayo de 1789. Durante las sesiones, el Tercer Estado (formado por los individuos no pertenecientes al clero ni a la nobleza) se constituyó en Asamblea Nacional. Parte de los dos Estados restantes se unió a la iniciativa, y a mediados del mes de Junio la Asamblea presentó -en un claro acto de desafío a la Corona- la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. La tensión entre los partidarios del rey y los de la Asamblea fue creciendo, y cuando Luis XVI destituyó a su Primer Ministro (el liberal Jacques Necker) el pueblo de París se lanzó a la

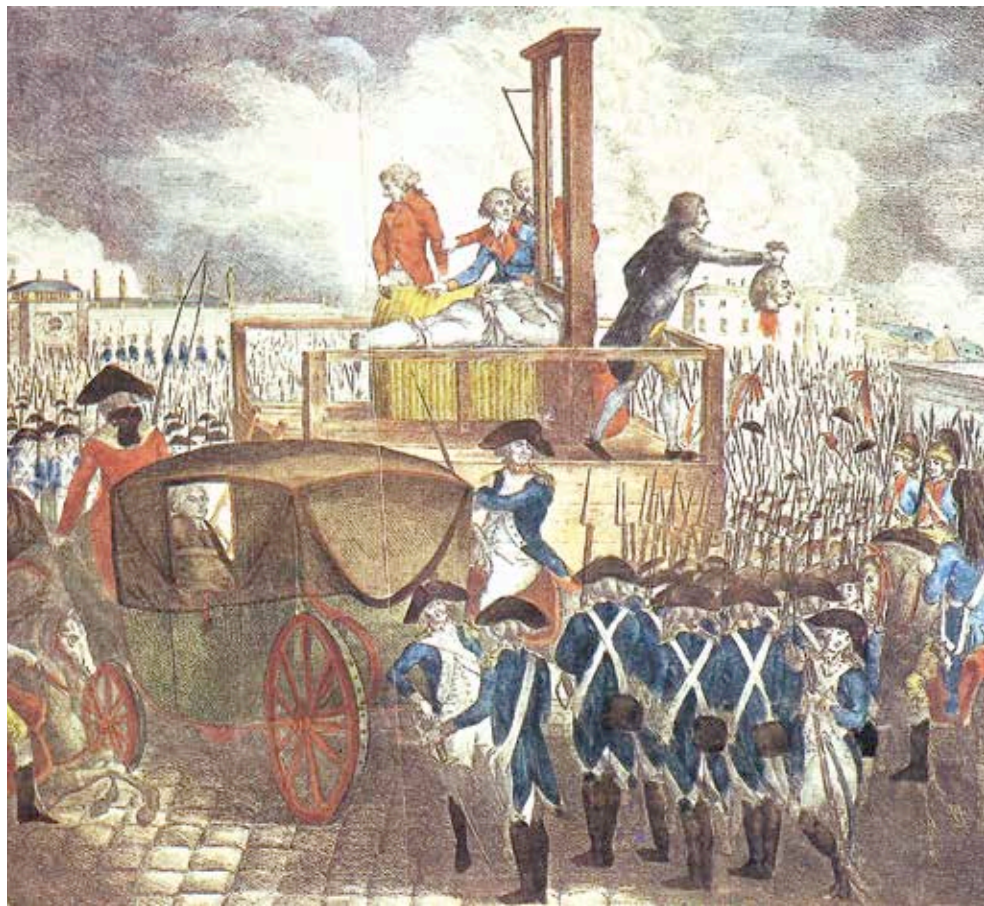
radicales, no tardó en sumir a la nación en el caos más absoluto. Pese a lo apurado de la situación, María Antonieta confiaba todavía en que, de un modo u otro, la revolución terminaría siendo abortada. Sin embargo, aquella esperanza se fue desvaneciendo poco a poco, y junto con ella la lozanía de la reina, cuyo aspecto físico comenzó a sufrir una espantosa transformación. Hacia finales de 1791, con los cabellos completamente encanecidos, la expresión abotargada y la mirada perdida, en el rostro de María Antonieta parecía adivinarse ya la máscara siniestra de la muerte.

Desde el exterior, Europa contemplaba atónita la vertiginosa desintegración del Antiguo Régimen francés. En un principio, Austria y Prusia trataron de defender la causa de Luis XVI. Para ello firmaron un manifiesto invitando a los revolucionarios a restituir al rey sus antiguas prerrogativas, pero las autoridades francesas respondieron con una declaración de guerra en Abril de 1792. En París, la agitación popular se hizo incontenible. Durante la noche del 10 de Agosto, una multitud asaltó las Tullerías reclamando la abolición definitiva de la monarquía. Entre los insultos y agresiones del populacho, los reyes hubieron de abandonar el palacio para buscar refugio entre los propios diputados. María Antonieta, sin arredrarse en absoluto ante el tumulto, mantuvo en todo momento una fría dignidad, y demostrando ese valor inesperado que ciertos caracteres exhiben en las circunstancias más desesperadas, trató incluso de justificar la pasividad del rey. Suya es esta reflexión, hecha en aquellos momentos ante su dama de compañía: "El rey no es un cobarde, pero lo aplasta una desconfianza hacia sí mismo que proviene de su educación, tanto como de su carácter. En este instante, unas pocas palabras suyas dirigidas a los parisinos que aún le son fieles centuplicarían las fuerzas de nuestro partido: pero no las dirá". Luis, en efecto, fue incapaz de dirigirse al pueblo, y sólo abrió la boca para expresar su perplejidad con un desconsolado y patético: "¿Pero qué les hemos hecho?"

La Asamblea Legislativa, transformada ahora en Convención Nacional, se reunió el 20 de Septiembre de 1792, y al día siguiente quedó proclamada la República. A partir de ahí, el rey quedó en una situación insostenible. Él mismo, cuando fue confinado en la torre del Temple y separado de su familia, supo que ya sólo le cabía esperar la muerte. Así lo prueba su testamento, redactado el día de Navidad del año 1792. En aquel

documento impresionante, Luis XVI otorgó su perdón a quienes habían causado su ruina, revelando una grandeza de espíritu que muy pocos han querido reconocerle. Apenas una semana después, el Tribunal Revolucionario le acusó de "conspirar con los enemigos de la nación" y, tras juicio sumarísimo, el día 21 de Enero de 1793 murió ejecutado en la guillotina a la edad de treinta y ocho años.

Con la muerte de Luis dio comienzo la última estación del vía crucis particular de María Antonieta. Desaparecido su esposo y perdida toda ilusión, comenzó a sufrir ataques convulsivos, extrañas hemorragias y desmayos inexplicables; su contacto con el mundo exterior pareció ir perdiéndose poco a poco, hasta renunciar a la palabra y quedar sumida en un mutismo casi absoluto. Con todo, el odio que sus enemigos le profesaban no desapareció. El día 1 de Agosto, Maximiliano Robespierre -presidente del Comité de Seguridad Pública y uno de los jacobinos más feroces- envió a la reina al Tribunal Revolucionario. Allí, las acusaciones de traición a la República, mezcladas con otras de adulterio y hasta de incesto con su propio hijo, terminaron de quebrar la resistencia de María Antonieta. En la mañana del 16 de Octubre de 1793, la reina de Francia, maniatada, con la cabeza rapada y el cuerpo envuelto en una bata vieja, fue conducida en una carreta hasta la Plaza de la Revolución. Al aproximarse al cadalso entre las burlas del gentío, tropezó ligeramente con el verdugo, y a él dirigió sus últimas palabras: "Os pido perdón, señor; lo he hecho sin querer".



El único hombre que no se equivoca es el que nunca hace nada

(Johann Wolfgang Goethe. Escritor alemán. 1749-1832)

♦ IÑAKI SANTIAGO

Un malentendido es algo que entendemos de forma confusa y equivocada. La vida está plagada de ellos. ¡Ya lo creo! Situaciones variopintas y diversas. Unas veces divertidas. En otras, verdaderamente incómodas.

Afortunadamente, la mayor parte de esos malentendidos son triviales y no suelen conllevar problema alguno. Y pongo un ejemplo. Quedas a las 7 de la tarde con la novia y ella aparece a las 8. Hay quien perversamente pensará que una hora de tardanza, sesenta humildes minutillos, es una clara cuestión de impuntualidad femenina. ¡Malpensados! Seguro que la tardanza tiene una clara explicación o, lo que es más habitual en estas situaciones, es producto de un pequeño malentendido. Seguro que ella entendió que a las 8, cuando él le mandó claramente por guasap que quedaban a las 7. Y es que los mensajes por guasap tienen eso, que de forma maléfica y soterrada te entra el corrector (en los ambientes sociales de todo tipo y condición se le conoce como "puto corrector") y pasa lo que pasa, que la Puri llega a las 8, con una dulce y tierna mirada, cual inocente pastorcilla, que acaba por embobar y desarbolar al hasta entonces desquiciado noviete. Qué malos son los malentendidos. ¡Maldito guasap! Pero no hay problema, porque el amor hace olvidar todo lo malo, hasta al maldito e insoportable puto corrector del guasap.

Otras veces la situación generada por un malentendido puede derivar en consecuencias más serias. Y si no mira la que se montó en el USS Alabama entre Denzel Washington y Gene Hackman a raíz de un corte de energía durante la transmisión de un mensaje cifrado. "Que si yo creo que

sí", "que si a mí me parece que no", etc. Un follón por un simple malentendido. ¡Uf, más vale que era una peli, que si no...!

En otras ocasiones, la cosa de entrada puede parecer grave, pero al final, felizmente, se queda en anécdota y aquí no ha pasado nada y pelillos a la mar. Así ocurrió con aquel mensaje de hace unos cuantos años, cuando se puso de moda un estilo de mensaje telefónico que funcionaba de la siguiente manera: tú llamabas a un número, grababas un mensaje de voz y automáticamente se generaba un mensaje de texto que llegaba ipso facto al teléfono del destinatario que hubieras elegido. ¡Una maravilla de la tecnología! (no como el puto corrector del guasap). Pero eso sí, tenía algún que otro fallo, como el que ocurrió coincidiendo con la desgraciada muerte de aquella mujer. Tras el deceso, como suele ser habitual, los hijos avisaron a familiares y amigos. Pero coincidió que el amigo de uno de los hijos se encontraba de vacaciones allende los mares, o sea, para los de la LOGSE, muy lejos, por lo que haciendo sagaz utilización de aquella tecnología tan de último grito, el hijo de la finada redactó el siguiente mensaje al susodicho alejado amigo:

–"Querido Fulanito. Espero que estéis gozando de las vacaciones. Sin más, deciros que ha muerto **mi** madre. Pero vosotros tranquilos, que no pasa nada. Seguid disfrutando a tope".

A los pocos segundos, el hijo de la finada recibió un mensaje de texto en su teléfono que rezaba lo siguiente: *"Estimado cliente, le remitimos copia fidedigna del mensaje grabado que acabamos de remitir al teléfono*

del abonado que nos proporcionó. Para escucharlo pulse 1".

Tras pulsar el bendito 1 y escuchar el mensaje, el espanto y el pasmo que asomó en la cara del hijo se acompañó de un helado escalofrío que le recorrió el espinazo de arriba abajo y de abajo a arriba en varias ocasiones y más intenso si cabe, cada vez que repetía la escucha de aquél audio, que con voz metaliforme, cantarina y cristalina, decía alegre y claramente: *"Querido Fulanito. Espero que estéis gozando de las vacaciones. Sin más, deciros que ha muerto tu madre. Pero vosotros tranquilos, que no pasa nada. Seguid disfrutando a tope"*.

¡Ay, madre mía, lo que puede hacer un pequeño equívoco cambiando un simple y triste pronombre personal! ¡Malditos malentendidos!

EL TRASPLANTE

Aquel hombre, ya mayor, fue remitido desde el hospital secundario al de referencia en situación de muerte cerebral secundaria a una hemorragia intracraneal masiva. Al parecer, en el primer hospital le han comentado al hijo del paciente la importancia del tema de la donación y de los trasplantes.

–Su padre está en este momento en muerte cerebral. Hay gente que dona y que hace que haya órganos para aquellos que lo necesitan. Es un acto altruista pero que provoca una gran satisfacción en las personas. No sé qué pensaba su padre al respecto –imaginamos que algo así, más o menos con estas palabras, comentó el médico al nervioso hijo del finado.

–¡Hombre! –contestó el hijo –Mi padre era muy partidario de esas cosas. Y yo también.

–Pues entonces, pensamos que sería muy bueno para todos trasladar a su padre al hospital principal a fin de poner en marcha el proceso cuanto antes. Por eso, el

hijo, entendiendo la importancia del tema y la premura del caso, no se lo piensa dos veces y decide el rápido traslado de su padre. En su vasta ignorancia sobre el tema, entiende que el tiempo es crucial, porque le suena que un día escuchó algo de eso en un documental de La 2. Así es que el médico habla con el neurocirujano del hospital de referencia, que es quien se hará cargo del paciente en primer término, comentándole la irreversibilidad del caso y su conversación con el hijo sobre la donación. Está todo claro y se acepta el traslado. El neurocirujano aprovecha la espera para poner ya en marcha toda la extraordinaria maquinaria de donación y trasplantes.

Y en esas estamos, cuando la ambulancia aterriza en el centro de referencia, con un paciente intubado. El hijo, muy sereno ante la trascendencia de la situación, comenta que ya han hablado con el neurocirujano, que será quien se haga cargo. Extrañados de que no sea Intensivos quien se haga responsable del asunto, desde urgencias llaman al neurocirujano y, solicitado él, acude a urgencias, donde examina el cuerpo y asevera que, efectivamente, el paciente está en clara situación de muerte cerebral y que no ve problema para que se proceda a la donación.

—Mire, —explica con delicadeza, dirigiéndose al hijo, que a su vez mira al neurocirujano como un niño a un pastel de nata cuajado de gominolas —yo soy neurocirujano y este tipo de cosas de la donación las llevan mis compañeros de la UCI. Serán ellos los que decidan cuándo y qué órganos extraen a su padre.

—¿Cómo?! ¡¿Extraer órganos a mi padre?! ¡¿Qué?! ¡Pero... usted no me ha entendido, doctor! Nosotros venimos aquí porque nos han explicado muy bien todo el tema este de las donaciones y venimos ¡¡para que le trasplante usted un

cerebro nuevo a mi padre!! Ni qué decir tiene que ni el padre acabó recibiendo un "nuevo cerebro", ni el hijo consintió la donación de ningún órgano. Una pena esto de la ignorancia.

EL MÁS OBEDIENTE DEL HOSPITAL

Una consulta tipo de nuestro servicio de urgencias consiste en un habitáculo más o menos cuadrado, con una mesa a la entrada, con su ordenador y todo y, al fondo, la zona de exploración donde suele haber una camilla móvil. Ambas zonas se encuentran separadas por una cortinilla. Sirva esta somera descripción como pieza y detalle fundamental para comprender el curioso relato que sigue.

Varón de unos 60 años, con dolor abdominal. Entra en la consulta donde la médico, tras la anamnesis, le invita a pasar detrás de la comentada cortinilla para que se quite la ropa, se ponga un elegante camión hospitalario (¡benditos camiones culeros!) y se tumbé "ahí detrás".

El paciente, bastante confuso, pregunta:

—¿O sea, que quiere que me tumbé ahí? —cuestionó mientras señalaba hacia "ahí", que era la zona de detrás de la cortinilla.

—Sí, sí. Ahí detrás —insistió la médico.

—Pero... ¿seguro que "ahí"? —insistió el buen hombre mientras se enfundaba el camisoncillo

erótico-festivo, auténtico estandarte de cualquier hospital que se precie.

—¡Que sí! ¡Tumbado ahí detrás! —mandó la médico, rozando el enfado, mientras pensaba lo duro de mollera que estaba resultando aquel paciente. —Mire, voy a buscar a la enfermera y ahora mismo vengo. Y usted tumbese ¡ahí!, donde le digo. ¡Haga el favor!

Al regresar a la consulta, la médico se sobresaltó al observar cómo a la altura del suelo, detrás de la cortinilla, asomaban unos pies, por lo que corrió hacia allí mientras le decía a la enfermera:

—¡Este hombre se nos ha desmayado!!

Pero, cuál no fue su sorpresa cuando, al superar la dichosa cortinilla, se encontró al paciente, con su sobrio camión hospitalario cuidadosamente colocado y en un grácil decúbito supino, tumbado sobre el frío suelo, mirando a la doctora con cara de pánfilo.

—¡Pero... por Dios! ¿Qué hace usted "ahí"? —preguntó atónita la doctora, todavía con el susto en el cuerpo.

—Pues lo que usted insistentemente me ha ordenado: que me tumbé "ahí" —contestó lacónicamente el paciente, tirado en el suelo cual colilla.

—¡Pero hombre! ¡Creyendo que había camilla! ¡Creyendo que había camilla, hombre de Dios!!

¡Angélicos!





por
Juan Ramón Corpas Mauleón.

La enfermedad y el arte de curar en el Camino de Santiago entre los Siglos X y XVI *

“Vosotras
civilizaciones,
sabed que sois
mortales”

(Paul Valéry).

En contra de la arraigada creencia occidental del progreso continuo, es preciso constatar que en ocasiones la humanidad se detiene y hasta regresa. El derrumbamiento del mundo romano, a final del siglo V, es un paradigma de lo dicho. Retraso del pensamiento, destrucción de infraestructuras: caminos, calzadas, puentes, canales, acueductos, y de servicios: administración, bibliotecas, archivos, hospitales, asistencia...

En estas circunstancias se descubre -hacia el año 813- el sepulcro del apóstol Santiago, en el Finisterre español, y se desata un movimiento peregrinatorio sin parangón en el universo cristiano. Los nacientes reinos del norte de España: Asturias primero, León y Navarra, después, pobres y devastados por las contiendas de la Reconquista, apenas poblados, carentes de estructura urbana y con deficientes comunicaciones, han de enfrentarse a una tarea de cobijo y albergue, así como de asistencia sanitaria, de dimensiones colosales.

De la mano del estamento eclesiástico: obispos, parroquias y, sobre todo, órdenes religiosas, y órdenes militares; con apoyo y financiación de las monarquías, príncipes, nobles y magnates territoriales; pero también por el empuje de las clases populares, representadas por individuos particulares, así como por las asociaciones gremiales y las cofradías, se va a configurar en pocos siglos un modelo singular en el ámbito de la sanidad en Occidente. Pequeños hospitales, hospitales “palacianos”, en casas donadas por la nobleza del Camino y habilitadas para tal fin, hospitales “basilicales”, construidos ex profeso para atender a peregrinos enfermos, grandes hospitales cruciformes, que anuncian un modelo que se va a desarrollar en el Renacimiento europeo... Y profesionales de la salud: médicos, boticarios, cirujanos (o sangradores, alfajemes, o barberos), enfermeros, que se desviven en los establecimientos jacobeos para restaurar la salud de los enfermos. Sanitarios, al principio religiosos, poco a poco laicos; de formación empírica primero; enseguida, universitaria, que ofrecen sus servicios, a decir de la documentación, en vanguardia de las corrientes intelectuales y las escuelas médicas de su tiempo.

En conjunto, a partir del siglo XI, la atención en el Camino de Santiago ofrece una red dimensionada, coordinada y compleja; con un sistema mixto de financiación, público y privado, en donde ningún modelo estorba ni compite con el otro, sino que se complementan y enriquecen mutuamente. Y con una serie de interesantes ejemplos de asistencia especializada.

Es un ejemplo de una riqueza extraordinaria. Único para estudiar la sanidad medieval.

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



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**

PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

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



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. PAMPLONA

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

A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)

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

en un entorno de naturaleza
con unas vistas espectaculares a la Sierra de Leyre



En Yesa.
Viviendas pareadas 3 dormitorios
desde 175.000 €

Amplias parcelas, excelente orientación y vistas.
Viviendas con un diseño actual, cálido, luminoso y
óptimamente distribuido, con todo lo que necesitas
para disfrutar.



Información y venta:
948 811 554 - 679 986 221
www.garbayochivite.com