



[www.colegiodemedicos.es](http://www.colegiodemedicos.es)  
Más cerca de los colegiados

**Diagnóstico y tratamiento de la cefalea  
en urgencias y consultas externas**

Los **12** deseos de los estudiantes de  
medicina en Navarra para el **2018**

VI Beca Senior para Fernando Rotellar

Entregadas las X Becas Dr. Ignacio Landecho  
de apoyo a la formación MIR






Restaurante  
EL COLEGIO

CONTIGO ME  
ATREVO A TODO...



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



Revista trimestral del  
COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA  
Enero 2018 - Nº 120

## 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, M<sup>a</sup> Victoria Güeto y  
Laura Berriuso.

## Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

## Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

## Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

## Fotografía:

Redacción.

## Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

## Redacción y Administración:

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

## Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

## Depósito Legal:

NA. 100-1988

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

## PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

...y además:

Destacamos...

5 Editorial

6 Nueva web del Colegio

12 Recepción a los alumnos de  
medicina

16 El Colegio homenajea a sus 64  
jubilados de 2017

20 Fernando Rotellar Sastre. VI Beca  
Senior

22 Beca MIR Dr. Ignacio Landecho

28 Jorge Quiroga, embajador de la  
medicina española

30 Concurso de dibujos navideños 2017

36 XIII Jornada namFYC

38 PALIAN. Planificación de decisiones  
anticipadas

40 XXIII JORNADAS SEMES

44 La cefalea en urgencias y consultas  
externas. Dr. Pablo Irimia

50 Pacientes: Asoc. Navarra de Espina  
Bífida e Hidrocefalia (ANPHEB)

52 Clen College

58 Los 12 deseos de los estudiantes  
para 2018

66 Fundación Vicente Ferrer. 50 años

68 Asesoría Jurídica. Resumen 2017

70 Biografías: Marco Aurelio,  
Emperador de Roma

74 Viajes: El caminito del Rey

76 Anecdótico

79 Restaurante. La receta del Chef

10

I Jornada de Cooperación y  
Voluntariado



32

Apps médicas: ¿Dónde buscar?  
¿Gratis es mejor?  
Dra. Marta Minuesa.



34

Uso de psicofármacos en ancianos



54

¿Faltan médicos o sobra gestión  
tosca del personal? Dr. Juan Simó.



62

BECA MIR: Atención al paciente  
politraumatizado en Pittsburgh  
(EEUU)



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

# ACUERDOS COMERCIALES

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

Los acuerdos firmados con estas entidades contienen:

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

Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

## AMA

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

## Gazpi, s.a.

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

## Rigel - Diseño de interiores

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

## Servicons, Reformas & Interiorismo

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

## Salinas. Selección y Diseño s.l.

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

## Previsión Sanitaria Nacional

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

## Ford Pamplona Car

Parque Comercial Galaria-La Morea.  
CORDOVILLA-PAMPLONA  
Tfno 948 290 260.  
[www.pamplonacar.com](http://www.pamplonacar.com)

## Óptica Unyvisión

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

## 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](http://www.gorricho.com)

Muebles  
**SASKIA**  
UN MUNDO DE IDEAS

Tel: 948 120 020. Calle M, num 40. Mutilva.  
[www.mueblesaskia.com](http://www.mueblesaskia.com)



Asesoría Fernández  
Jarne y Lerga Asocia-  
dos, S.L.  
C/ Las Provincias, 5 bajo  
31014 · Pamplona  
(NAVARRA)  
[www.flasociados.com](http://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





**Dr. Rafael  
Teijeira**

Presidente  
del Colegio de  
Médicos de  
Navarra.

## Nuevo portal web del Colegio de Médicos de Navarra: Más cerca de los colegiados

¡FELIZ 2018!

**Q**ue 2018 sea un año lleno de felicidad, paz, prosperidad y solidaridad, y que se cumplan todas vuestras expectativas en lo personal y en lo profesional. Desde el Colegio de Médicos seguiremos pidiendo que se consolide un empleo de calidad en Sanidad, especialmente entre los médicos jóvenes, y que se vean cumplidas las expectativas y deseos que venimos formulando cada año en estas páginas de Panacea.

El Colegio de Médicos de Navarra estrena el nuevo año con un nuevo portal web, que ha sido renovado para dar vida al Colegio y la profesión, para estar mejor informados y para prestar más y mejores servicios on-line. En estas páginas de Panacea se incluye información ampliada de cómo navegar y qué servicios te ofrece.

Podrás acceder desde cualquier dispositivo (ordenador, móvil o tablet) e incorpora nuevas funcionalidades que contribuyen a que la navegación sea más fácil e intuitiva.

Aquí encontrarás información del Colegio actualizada, conexión total con redes sociales, podrás disfrutar de Panacea on-line, inscribirte en nuestras actividades de formación, acceder a las ofertas de trabajo con un click y conocer la agenda de actividades de interés para profesionales.

La web consta de una parte pública (de acceso libre) y otra privada (solo para colegiados mediante clave). Incorpora un sistema integrado de seguridad para garantizar la privacidad de los datos de los colegiados y que se conecta con el sistema interno del Colegio de Médicos, permitiendo la actualización de la ficha de colegiados online y la tramitación de servicios vía telemática a través de la ventanilla única.

Otra novedad es que la web pública incluye una tienda online desde la que los ciudadanos podrán comprar el modelo de Certificado Médico Oficial y recibirlo en su casa o lugar de trabajo.

Con esta nueva herramienta también pretendemos establecer una canal de comunicación e intercambio de opiniones, sugerencias, aportaciones que nos ayuden a conocer de primera mano vuestras necesidades e inquietudes.

Esto solo es un avance de las posibilidades y oportunidades que nos ofrece esta nueva web con la que queremos conseguir que el Colegio de Médicos de Navarra continúe siendo un Colegio innovador y de referencia en la prestación de servicios y comunicación con los colegiados y los ciudadanos.



Nueva web del Colegio de Médicos de Navarra

# MÁS CERCA DE LOS COLEGIADOS

[www.colegiodemedicos.es](http://www.colegiodemedicos.es)

Ya puedes navegar por la nueva página **web del Colegio de Médicos de Navarra**, que optimiza la relación con los colegiados y mejora la tramitación de servicios. La página web es, además, un recurso de información y formación para profesionales y ciudadanos.



1

¿Qué la distingue?

La nueva web se adapta al usuario y a su contexto de uso.

## Su diseño.

El ordenador ha perdido su hegemonía como plataforma de acceso a la red. Cada vez son más las personas que consultan las noticias o buscan productos desde teléfonos móviles o tablets. Por este motivo, el nuevo sistema web es responsive y está adaptado a cualquier dispositivo. Podrás consultar la nueva web desde tus dispositivos móviles y tablet, en cualquier momento. El contenido se ajusta al ancho de la pantalla desde el que se consulta; las fuentes, imágenes y objetos multimedia se redimensionan en función del espacio y formato, y el contenido se presenta en horizontal o vertical.

## Su accesibilidad.

Cuenta con mayor número de contenido que la anterior web, pero ordenado de una manera más efectiva. La navegación en la web es clara y dispone de atajos para acceder a los contenidos. Se realiza desde el menú superior, que da acceso a homes y microhomes para guiar al usuario al contenido que busca. Este sistema de organización hace que la web tenga dos clics de profundidad, es decir, en tan solo dos clics podrás encontrar lo que estás buscando. Además, la nueva página web cuenta con diversos sistemas integrados que automatiza y facilita la experiencia de usuario.



## 2 La página de inicio

La **página de inicio** es la puerta de entrada al portal web. En la parte superior derecha se encuentra un sistema de navegación por megamenú, de forma que al colocar el cursor encima se despliegan todas las posibilidades y recursos de la web.

Desde la página de inicio se puede acceder directamente a las siguientes secciones:

- Formación, donde se publica el programa de formación médica continuada del Colegio de Médicos de Navarra y se puede realizar la inscripción online en las actividades.
- Validación Periódica de la Colegiación (VPC) on-line.
- Solicitud de receta médica privada.
- Oficina de cooperación.
- Asistencia frente a agresiones.
- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).
- Bolsa de empleo, donde aparecen todas las ofertas de trabajo.
- Revista Panacea online, desde donde se puede visualizar y descargar el último número de la revista y las anteriores.

En la **página de inicio** también encontrarás la **información actualizada del Colegio** y el **calendario de eventos**.

## 3 Web de uso público

**Web de uso público:**  
<https://colegiodemedicos.es/ventanilla-unica/>

La web cuenta con dos partes diferenciadas: una de uso público y otra de uso privado (solo para colegiados).

A través de la web de uso público, el Colegio ofrece a los ciudadanos los siguientes servicios:

- Certificados médicos y puntos de venta.
- Consulta pública de colegiados en Navarra.
- Vida saludable (consejos sanitarios, recomendaciones, protocolos, etc.)
- El experto responde. Artículos sobre salud y sanidad firmados por médicos de Atención Primaria y Especializada.
- Preguntas frecuentes.
- Sugerencias, quejas y reclamaciones.

## 4 Web de uso privado

**Web uso privado o de acceso restringido:**  
<https://colegiodemedicos.es/ventanilla-unica/>

En la web de uso privado (de acceso restringido a médicos colegiados) se podrá acceder a los siguientes **TRÁMITES**:

- Solicitud de baja.
- Solicitud de certificados.
- Consultar mis datos.
- Petición de receta médica.
- Solicitud de renovación carnet de colegiados.
- Reserva de aulas y salones (en desarrollo).
- Contacto.

Los colegiados pueden, además, acceder a los siguientes **SERVICIOS** (algunos de ellos ya destacados en la página principal):

- Desarrollo profesional.
- Asistencia frente agresiones.
- Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).
- Patronato de Huérfanos.
- Asesoría jurídica.
- Seguros.
- Apps útiles en medicina.
- Convenios y acuerdos.
- Tablón de anuncios (en desarrollo).

**Los datos de acceso a la zona restringida a colegiados son los mismos que los utilizados en la anterior web para la solicitud de la receta médica privada. Ante cualquier duda o dificultad para el acceso, hay que notificarlo a [sistemas@medena.es](mailto:sistemas@medena.es)**

**Los estudiantes dispondrán de un espacio reservado en la nueva web para solicitar la precolegiación o ponerse en contacto con el Colegio.**





## 5 Comunicación

Desde la pestaña de **Comunicación** <https://colegiodemedicos.es/comunicacion/> podrás acceder a toda la actualidad colegial y sanitaria, a la agenda de actividades, al dossier semanal de prensa, a los boletines electrónicos y a la revista Panacea.

Permite, además, la conexión a todas las redes sociales del Colegio de Médicos de Navarra e interactuar en ellas:



@MedenaColegio



[www.linkedin.com/in/medena](http://www.linkedin.com/in/medena)



Canal Youtube



Portal Issuu para las publicaciones del Colegio de Médicos de Navarra.

## 6 Colegio y Fundación

La web está diseñada para facilitar el contacto con las personas que integran las diferentes secciones colegiales:

Junta Directiva <https://colegiodemedicos.es/junta-directiva/>, Junta Comarcal de Tudela <https://colegiodemedicos.es/junta-comarcal-de-tudela/> y Comisión Deontológica <https://colegiodemedicos.es/deontologia/>.

En cada una de ellas, se publican las noticias y documentos más relevantes y se facilita el contacto con sus responsables.

En la pestaña de Fundación <https://colegiodemedicos.es/fundacion> se incluye información relativa al Área de Desarrollo Profesional (formación y sociedades científicas con sede en el Colegio), becas y premios, actividades socioculturales y centros de reconocimiento médico.

## 7 Nuevas herramientas



- Un sistema integrado de seguridad para mantener todos los datos de los colegiados.
- La web conecta de forma totalmente segura con el sistema interno del Colegio de Médicos. Esto hace que si el usuario cambia sus datos de colegiado en la web va a modificar su ficha oficial dentro del sistema interno del Colegio.
- Tienda online donde se podrá hacer la inscripción a las actividades de formación médica continuada.
- Solicitud y compra del Certificado Médico Oficial, que se podrá recibir en casa o en el trabajo.
- Cada sección, cada información, cada noticia incorpora la posibilidad de interactuar en las redes sociales y escribir comentarios en la misma web.



# Formación Médica Continuada **2018** en tu Colegio

Actividades en preparación

La información detallada y fichas de inscripción se publicarán en la web del Colegio

[www.colegiodemedicos.es](http://www.colegiodemedicos.es)

Fecha de inicio:	29 de enero	14 de marzo	Marzo
Actividad:	Taller “ <b>Manejo clínico en sobrepeso y obesidad. Ejercicio físico en la prevención y tratamiento de sobrepeso y obesidad</b> ”. Actividad mixta: sesiones presenciales y ejercicio individual. 10 horas lectivas.	<b>Curso de Actualización sobre Osteoporosis.</b> Actividad presencial, en dos sesiones de 3 horas. 6 horas lectivas.	<b>CICLO 5. Salud de los pies a la cabeza.</b> En colaboración con Mutua Navarra. Actividad presencial: sesiones de 1,5 horas lectivas.  Sesión 1, Marzo: Protocolo Farmacovigilancia. Sesión 2, Abril: RMN de columna lumbar. Sesión 3, Mayo: Lumbalgias. Protocolo de actuación en AP y derivación al especialista.
Acreditación:	CFC en trámite.	CFC en preparación.	CFC en preparación.
Coordinación y equipo:	Coordinación docente: Ana Zugasti Murillo y M <sup>a</sup> Estrella Petrina Jaúregui. Unidad de Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra.	Coordinación y equipo docente: Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra.	
Objetivo:	Actualizar conocimientos y mejorar la competencia de los médicos para la prescripción de ejercicio físico como herramienta terapéutica en sobrepeso-obesidad, en la prevención de complicaciones y mejora de la calidad de vida en otras patologías crónicas, y en la promoción de la salud de la población.	Revisar los avances y actualizar conocimientos sobre osteoporosis: fisiopatología, epidemiología y clasificación de la osteoporosis; criterios diagnósticos y valoración del riesgo de fractura; actualización sobre recursos terapéuticos y sus indicaciones, así como situaciones especiales (osteoporosis inducida por glucocorticoides, osteoporosis premenopáusica y osteoporosis en el varón).	Crear un marco de encuentro para la cooperación entre los profesionales que atienden a los trabajadores, en el ámbito general del sistema sanitario y en el de la salud laboral, enfermedad profesional y accidentes de trabajo.



# I Jornada de Cooperación y Voluntariado en el Colegio de Médicos de Navarra

Facilitar la concesión y permisos de excedencia, la sustitución en sus puestos de trabajo, el reconocimiento como mérito profesional de las experiencias, la baremación del trabajo desarrollado y la reserva de plazas mientras se participa en proyectos de cooperación y ayuda humanitaria son algunas de las demandas de los médicos navarros, según explicó el Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente primero del Colegio de Médicos de Navarra y coordinador de su Oficina de Cooperación, en el marco de la primera Jornada de Cooperación y Voluntariado con el título “Cooperación sanitaria navarra: barreras y puentes” que reunió a sanitarios, ONGs y Administración en el Colegio de Médicos de Navarra.

En las Jornadas participaron el consejero de Salud del Gobierno de Navarra, Fernando Domínguez, y el director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Óscar Moracho, que presentaron los objetivos y las líneas de acción de un proyecto de impulso y apoyo del sistema público de salud a la cooperación, acción humanitaria y situaciones de emergencia, que está en fase de desarrollo. Los máximos responsables sanitarios reconocieron la indefensión y las dificultades laborales y personales a las que deben hacer frente los profesionales de la salud que hacen cooperación y las consecuencias de estas acciones “espontáneas y voluntaristas” que tienen una efectividad e impacto desigual.

■ TRINI DÍAZ

Los médicos piden el apoyo del SNS-O para poder participar en proyectos de cooperación, voluntariado y acción humanitaria

La oficina de Cooperación del Colegio de Médicos se refuerza con la incorporación de nuevos miembros



↑ El consejero de Salud, en las Jornadas de Cooperación y Voluntariado organizadas por la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra.

Un 30% de la ayuda oficial al desarrollo del Gobierno de Navarra, entre los años 2011 y 2016, estuvo destinada a salud

El consejero Domínguez destacó que un 30% de la ayuda oficial al desarrollo del Gobierno de Navarra, entre los años 2011 y 2016, estuvo

destinada a salud y se refirió a la larga tradición de cooperación sanitaria en Navarra. “Continuando en esta línea de responsabilidad pública solidaria, estamos impulsando este proyecto de apoyo al III Plan Director de la Cooperación Navarra (ahora en preparación) con el fin de poner a su disposición las capacidades técnicas



Mesa de cooperantes:  
Iñaki Goñi, Kiko Betelu,  
Valles Iraburu,  
Leoncio Bento,  
Juanjo Unzué y  
Marga Iraburu.



y profesionales del servicio público de salud y facilitar su colaboración en proyectos de cooperación al desarrollo, acción humanitaria y situaciones de emergencia”.

Por su parte, Óscar Moracho, director-gerente del SNS-O explicó que este proyecto busca “protocolizar la concesión de permisos y regular su puntuación en baremos, su valoración como mérito en las OPEs y su cómputo a todos los efectos como servicio activo (trienios, carrera profesional, etc). Todas estas medidas que contemplamos tendremos que negociarlas en la mesa sectorial con los sindicatos”. Otras líneas de acción propuestas por Salud se refieren al impulso de campañas de sensibilización entre los profesionales, la colaboración en su formación y la creación de una Comisión de Cooperación al Desarrollo y Acción Humanitaria en el SNS-O que estará compuesta por representantes del Gobierno de Navarra, las ONGs y colegios profesionales y que tendrá como fin establecer criterios de priorización, valorar y asesorar en este ámbito al servicio público de Salud para orientar mejoras laborales, en formación, contactos, intercambios, de participación en proyectos, etc...

### Experiencias de cooperación y voluntariado

Con el fin de visibilizar y poner en valor las experiencias de cooperación y voluntariado de los sanitarios de Navarra, la segunda parte de la Jornada incluyó el testimonio de profesionales, algunos de ellos con una dilatada experiencia en cooperación y voluntariado.

Participaron Iñaki Goñi, traumatólogo, que habló sobre la atención sanitaria a refugiados en Sáhara y Grecia; Kiko Betelu, médico de urgencias, que relató su experiencia



en la organización de Urgencias en Bolivia (Asociación SAYDES); Valles Iraburu, matrona, que explicó las dificultades de ser madre en Camerún (ONG AMBALA); Leoncio Bento, cirujano pediátrico, que se centró en las experiencias de un médico jubilado en Africa con diferentes ONGs; y Juanjo Unzué, nefrólogo jubilado, que enumeró las oportunidades de voluntariado en Navarra y se refirió al trabajo que desarrolla en las Hermanitas de los Pobres, Buen Pastor y Cruz Roja.

### Un nuevo impulso a la Oficina de Cooperación colegial

Esta Jornadas han sido impulsadas por la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra que, desde su creación en el año 2012, trabaja por mejorar las condiciones de los voluntarios y cooperantes ofreciéndoles, entre otros servicios,

asesoramiento (en certificados de idoneidad, seguros, normativa autonómica y estatal..) y formación. Su coordinador, el Dr. Alberto Lafuente, animó a los médicos y ONGs a que se inscriban en el registro de médicos y ONGs de la Oficina para vehicular de forma eficaz la información y oportunidades en el ámbito local, nacional e internacional. En la actualidad, 35 médicos y estudiantes de Medicina están ya registrados. La Oficina de Cooperación cuenta con el paraguas de la Organización Médica Colegial (OMC) y su Fundación para la Cooperación Internacional.

La Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra se ha reforzado con la incorporación de médicos con experiencia en cooperación y voluntariado. La forman los doctores Alberto Lafuente (coordinador), Luis Apesteguía, Anabel Bardón, Leoncio Bento, Iñaki Goñi, Kiko Betelu, Marga Iraburu, Javier Molina, Jesús Zabaleta y Juana Zubicoa.



### Recepción a los alumnos de Medicina

---

El **Colegio** les invita a formar parte de la vida colegial y a entrar en contacto con la profesión

■ TRINI DÍAZ

---

**Dr. Cobo:** “La solidaridad es la esencia de la Medicina”

**Dra. Caballín:** “El respeto por el paciente se plantea, siempre y en primer lugar, en la comunicación”

El Colegio de Médicos de Navarra y la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra presentaron, el pasado 2 de noviembre, a los estudiantes de segundo ciclo de Medicina la figura de la precolegiación, que les permite acceder a los servicios del Colegio de forma voluntaria y gratuita.

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y Secundino Fernández, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, dieron la bienvenida a los futuros médicos y les animaron a formar parte de la vida colegial y a entrar en contacto con la profesión. “Aprovechad la oportunidad que os

brinda el Colegio de Médicos, que nos representa a todos ante cualquier instancia y que actúa como nuestra voz. El Colegio vela, además, por la independencia del acto médico y garantiza su calidad técnica, científica y ética”, subrayó Secundino Fernández.

Rafael Teijeira explicó que la precolegiación es el resultado de una estrecha colaboración, desde el año 1994, entre el Colegio de Médicos y la Facultad de Medicina. “La precolegiación acorta el puente entre los años de formación y la vida profesional. Aquí encontraréis un espacio para desarrollar vuestras inquietudes y para que tengáis un mayor conoci-

miento de la ética, la deontología y el ejercicio de la profesión”. Algunas de las ventajas de la precolegiación son el contacto con la vida profesional y asociaciones científicas, la orientación en la elección de la especialidad y el acceso a los servicios del Colegio, entre los que se encuentran la Oficina de Desarrollo Profesional, la Oficina de Cooperación, la asesoría jurídica, la participación en cursos, seminarios y talleres de formación médica, el coro colegial o el aprendizaje de idiomas.

En la bienvenida a los estudiantes también intervinieron el secretario del Colegio, Dr. Julio Duarte, y la presidenta de la Comisión Deontológica,



Alumnos de segundo ciclo de Medicina en el Colegio. ↑





Dra. Juana Caballín. Acompañaron a los alumnos, profesores de la Facultad, miembros de la Junta Directiva del Colegio y representantes de sociedades científicas con sede en el Colegio de Médicos.

nacieron -dijo- por la delegación de la autoridad legislativa ante su "incapacidad de regular una actividad que exige una dedicación especial y exclusiva y que tiene como objeto algo tan delicado como es la salud. El origen y la razón de ser de los colegios está -afirmó- en su función reguladora de la práctica profesional".

Julio Duarte, Tomás Cobo, Rafael Teixeira, Secundino Fernández y Juana Caballín, en la recepción a los estudiantes. ↓

### Los valores de la Profesión

El vicepresidente de la OMC, Tomás Cobo, fue el encargado de pronunciar la conferencia del acto de recepción de alumnos del segundo ciclo de Medicina, a los que habló de los valores de la medicina, de las funciones de los colegios de médicos y de la OMC, así como de sus competencias en el ámbito internacional.

Hizo referencia al origen de los colegios profesionales de médicos que







↑ El vicepresidente de la OMC, Tomás Cobo, se refirió en su conferencia a los valores de la profesión.

En concreto, se centró en el Código de Deontología Médica, un conjunto de normas que indican la "recta conducta moral" que deben observar los médicos colegiados en el ejercicio de su actividad profesional. Para el Dr. Cobo, este Código es un "exponente de la autorregulación de la profesión médica" y transparenta, frente a la ciudadanía, el "compromiso de los colegiados de mantener las normas acordadas".

Esta autorregulación plantea, en su opinión, un conflicto de intereses entre la profesión y el Estado, que se soluciona si aceptamos la co-regulación o regulación compartida. En este sentido, hizo alusión al Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias puesto en marcha este mismo año por la OMC, en base a la

"responsabilidad profesional y colegial médica con la salud y la seguridad de los ciudadanos".

### Competencias de los colegios y la OMC en el ámbito internacional

El Dr. Cobo esbozó a los estudiantes la representación de la OMC ante todas las organizaciones médicas y sanitarias internacionales, así como ante las instituciones de la Unión Europea en aquellos temas que afecten al ejercicio profesional y a sus aspectos éticos y deontológicos. Explicó que, a nivel internacional, la corporación médica está presente en la Asociación Médica Mundial (AMM) y en la Confederación Médica Latino Iberoamericana (Confemel). En Europa, participa en cinco organizaciones

médicas y mantiene relaciones bilaterales con las corporaciones médicas de Francia, Reino Unido, Portugal e Italia.

Además, colabora con la Organización Internacional de la Energía Atómica (OIEA) en el programa "Átomos por la vida"; con Naciones Unidas (ONU), a través del programa DNA-ProKids y DNA-ProOrgan; y mantiene relaciones con los europarlamentarios españoles, con los que ha trabajado en temas como el informe de Soledad Cabezón para mejorar el acceso a los medicamentos.

### Oportunidades de cooperación y voluntariado para los estudiantes

Entre las oportunidades que los colegios de médicos brindan a los estudiantes, el vicepresidente primero de la Organización Médica Colegial (OMC), animó a los estudiantes a completar su formación con una experiencia de cooperación internacional "porque forma parte del ADN de los médicos estar al lado del más fragil".

Con el fin de sembrar la semilla de la cooperación entre los estudiantes, la Fundación para la Cooperación Internacional de la OMC (FCOMCI) ya ha establecido alianzas estratégicas con facultades de Medicina para incorporar en sus programas de estudios una experiencia médico-quirúrgica sobre el terreno en sexto de carrera", subrayó Tomás Cobo.

A los estudiantes interesados en la cooperación internacional les recomendó formar parte de la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra y registrarse en la

Dr. Secundino Fernández, decano de la Facultad de Medicina y Juana Caballín, presidenta del Comité de Deontología del Colegio.



FCOMCI, que mantiene permanentemente actualizada una bolsa de profesionales médicos al servicio de la Sociedad, las ONGs, organismos internacionales, instituciones médicas y académicas, que trabajan en el ámbito de la ayuda humanitaria, la emergencia internacional, la Salud Global y la cooperación para el desarrollo en el ámbito de la salud. La Fundación proporciona también a los médicos y estudiantes cooperantes seguro médico y de vida, y un certificado de idoneidad.

El Dr. Cobo es médico cooperante desde hace más de 15 años en Tangueta (Benin) y en los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia), donde acude todos los años como especialista en Anestesiología junto con una expedición médico-quirúrgica de Cantabria. Habló a los estudiantes de Medicina de la solidaridad como esencia de la profesión, “no como una acción puntual -afirmó-, sino como una

forma natural de vida de un médico”. “Habéis elegido -les dijo- una forma de vivir nuestra fugaz vida al lado de los más frágiles y esa forma de vida os exigirá muchos esfuerzos, pero un día, el más inesperado, pensaréis que todo mereció la pena y sentiréis la verdadera e íntima felicidad que proporciona ayudar a los demás”.

## **Deontología: El lenguaje del médico**

Juana Caballín, presidenta del Comité de Deontología del Colegio, se refirió al “don y la oportunidad de la palabra” en una relación de confianza y respeto entre el médico y el paciente. A esta relación de confianza se alude en el Capítulo III del Código de Deontología, en concreto en los artículos 8 y 12, “que entran de lleno en el derecho a la autonomía del paciente y en el deber de informar del médico”.

Subrayó que el respeto por el paciente como persona se plantea, siempre y en primer lugar, en la comunicación, que tiene dos objetivos básicos: informar al paciente (derecho de autonomía) y proporcionarle apoyo emocional (bienestar).

La Dra. Caballín subrayó la necesidad de reorientar la forma en la que los médicos se comunican con sus pacientes y de adaptarse a los cambios y condicionantes que van surgiendo en la relación clínica actual.

Para ello, ofreció a los alumnos las siguientes pautas: “Una información que no da pie o no suscita preguntas, puede potenciar confusión, incertidumbre y, a veces, un sufrimiento innecesario; el lenguaje no debe ser iatrogénico, no debemos transmitir dudas si no van acompañadas de un planteamiento de posibles alternativas o de una garantía de disponibilidad o acompañamiento”.

# EL COLEGIO DE MÉDICOS HOMENAJEA A SUS 64 JUBILADOS EN EL 2017

**30 MÉDICOS  
RECIBIERON,  
ADEMÁS, LA  
DISTINCIÓN  
DE COLEGIADO  
HONORÍFICO**

La Vocalía de Médicos Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra ha incorporado, durante el año 2017, a 64 nuevos profesionales retirados del ejercicio de la Medicina en la sanidad pública, un colectivo que crece cada año y que está compuesto en la actualidad por 564 médicos (el 26% mujeres) de un total de 4.081 profesionales colegiados en Navarra (el 59% mujeres).

En un acto celebrado el pasado 12 de diciembre, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, y el vocal de Médicos Jubilados, Juan José Unzué, impusieron la insignia colegial a los 64 nuevos jubilados y entregaron los diplomas de colegiados honoríficos a otros 30 médicos que, durante el año 2017, han cumplido los 70 años o han causado baja por invalidez.



## MÉDICOS JUBILADOS EN EL 2017

Los 64 médicos jubilados en la sanidad pública son:

- María Villar Agudo Beira,
- María Mercedes Alcocer Gracia,
- María Pilar Altarriba Freire,
- Juan Luis Aranguren Álvarez,
- Maria Fe Ardanaz Aicua,
- José Antonio Arrieta Ormazabal,
- María Concepción Arroyo Azpa,
- María Dolores Artajo Sánchez,
- Manuel Pedro Ayechu Redín,
- Luis Apesteguía Ciriza,
- Luis Miguel Barberena Ayesa,
- Enrique Bernaola Iturbe,
- Francisco Javier Barrios Sagardoy,
- María Dolores Bulnes Plano,
- Fernando Antonio Calavia Calavia,
- Francisco Javier Cano Tamayo,
- Francisco De Paula Carrascosa Moreno,
- José Javier Catalán Andueza,
- María Luisa Chocarro San Martín,
- Patrocinio Chueca Rodríguez,
- María Concepción De Miguel Medina,
- Francisco Joaquín Del Amo Del Villar,
- Luis Miguel Doiz Ruiz,
- María Rosario Echavarri Videgain,
- Alfonso Vicente Fernández Álvarez,
- María Ángeles Fernández Azcona,
- José Ignacio Forcada Huguet,
- Fernando Ganchegui Guisasola,
- Manuel García Del Moral Payueta,
- María Dolores García De La Noceda Montoya,
- Domingo González de Echávarri Díaz,
- Carlos Gúrpide Ayarra,
- María Milagros Hernández González,
- Antonio Hualde Alfaro,
- Sergio Víctor Leandro Liberato,
- María Carmen Litago Gil,
- Marina López Aldaz,
- Enrique Martín De Marcos,
- Miguel Ángel Martínez Bermejo,
- María Pilar Martínez Jiménez,





Médicos jubilados que asistieron a la celebración posan junto al presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, y el vocal de Médicos Jubilados, Juan José Unzué.

## 30 NUEVOS COLEGIADOS HONORÍFICOS

Los 30 nuevos colegiados honoríficos son:

- Khalil Abu-Shams,
- José Félix Bonaut Mendía,
- Fco Joaquín Del Amo Del Villar,
- Santiago Díez Miguelez,
- Francisco Javier Domínguez del Valle,
- José Miguel Esteban García,
- José Francisco Javier Ezcurdia Fagoaga,
- José Alfonso Gil López,
- Francisco Javier Gost Garde,
- Javier Heras Izaguirre,
- María Luisa Hoyos Guerrero,
- Raquel Ibáñez Navarro,
- María Isabel Idoate Santesteban,
- Fernando Jaurrieta Ansa,
- María Carmen Laparte Escorza,
- María Socorro Larrañaga Donézar,
- Idoia Larrañaga Pérez,
- María Aránzazu Lasa Alfaro,
- Imelda Lecumberri Úriz,
- Francisco Javier López-Remiro Platero,
- José María Martínez-Peñuela Virseda,
- Francisco Javier Pardo Mindán,
- M<sup>a</sup> Carmen Peña Cortel,
- Enrique Javier Porres Azcona,
- José Miguel Redín Larraz,
- Blanca Salvador Ballaz,
- Regino Sola Rubio,
- Pedro Uhalte Sevilla,
- Ignacio Manuel Urizar Calvo y
- Félix Zubiri Sáenz.

- María Aranzazu Martínez Urionabarrenechea,
- Francisco Monreal Enamorado,
- Juan Antonio Montesinos Vales,
- Alberto Murillo Espinal,
- Miguel Ángel Notivoli Jiménez,
- María Milagros Oreja Arrayago,
- Francisco Javier Orozko Gorritxo,
- Ana María Osácar Olaiz,
- Miguel Ángel Pastor Arriazu,
- Raimon Pelach Paniker,
- María Sofía Pérez Ibiricu,
- Gemma Poignon Zugasti,
- Mariano Ponz González,
- Eduardo Portillo Bringas,
- Emilio Francisco Rebollo Álvarez,
- Cayo Reinares Díez,
- Juan Antonio Salcedo Ruiz,
- Narciso Santana Martínez,
- Fernando Urzainqui Martínez,
- José María Vázquez Torres,
- Ignacio Ventura Pérez,
- María Dolores Villar Casado,
- César Viteri Torres y
- Walid Zayat Habach.

Algunos de los médicos que fueron reconocidos como colegiados honoríficos. ↓



# COLEGIO DE MÉDICOS

## CELEBRANDO LOS AÑOS DE PROFESIÓN

Como cada año, la fiesta dedicada a los médicos jubilados se convierte en un acontecimiento entrañable y de gratitud hacia la profesión.

Comenzó con una misa en el Seminario de Pamplona, en recuerdo

a los médicos fallecidos durante el 2017. Un año más, el Coro del Colegio de Médicos participó en este homenaje e interpretó varios temas durante la eucaristía.

El programa continuó en el Salón de Actos del Colegio de Médicos,

donde los asistentes asistieron a la conferencia ofrecida por el Dr. Javier Álvarez Caperochipi sobre el Dr. Jimeno Egúrvide, médico prestigioso de la vieja Pamplona, al que ha dedicado su último libro.

Tras una comida de hermandad, en el Restaurante El Colegio, se procedió a la entrega de las insignias y diplomas.



Comida en el ↑  
Restaurante El Colegio.

## MANUEL JIMENO EGÚRVIDE (1856-1937), MÉDICO PRESTIGIOSO DE LA VIEJA PAMPLONA

El Dr. Javier Álvarez Caperochipi rescata en su último libro la vida y trayectoria profesional de este médico higienista, promotor y coordinador de la lucha a favor de la salud de la población.

Manuel Jimeno nació en Aoiz, en una época penosa de la medicina y la salud, entre epidemias graves (cólera, tifus, viruela, garrotillo) y guerras (de la Independencia, Carlistas), en un país pobre y con hambre. Estudió Medicina en Barcelona e hizo el doctorado en Madrid, coincidiendo en el tiempo con los primeros grandes descubrimientos de la Medicina que la transformarían en una ciencia verdadera. Eligió la especialidad de Higiene y Salud Pública que acababa de nacer.

Ganó por oposición (1882) una plaza de Médico de la Beneficencia en el antiguo Hospital de Navarra de Santo Domingo (Hoy Museo de Navarra). Enseguida formaría parte de la Junta de Sanidad de Navarra, un organismo consultivo, dedicado a la prevención y lucha por el control definitivo de las epidemias que asolaban el país, y en el que tendría un gran protagonismo.

Años después, tras una nueva oposición, sería nombrado Jefe de



Portada del libro "Dr. Jimeno Egúrvide, médico prestigioso de la vieja Pamplona", que puede adquirirse en las oficinas del Colegio al precio de 10 euros. ➡

Sanidad de Navarra (1902-1924) y máximo responsable del Estado en materia de salubridad, con medios y personal para impulsar la Reforma Sanitaria, convirtiéndose -con el apoyo de políticos, médicos, arquitectos, veterinarios, industriales y otros profesionales locales- en el promotor y coordinador de la lucha a favor de la salud de la población.

De entre las acciones emprendidas, destacan: la mejora del abastecimiento de aguas a la ciudad, la potabilidad de las mismas, el saneamiento de las aguas sucias, normas de limpieza y procedimientos de desinfección (cloro, cal, calor, fuego, azufre). Puso en marcha, asimismo, el primer laboratorio de análisis (de agua, sangre, y alimentos) y diversos dispensarios o consultas, en los que también se hacían tratamientos de diversas materias y, entre ellas, pediatría (tolerancia de leche, vacunas). El descenso espectacular de la mortalidad infantil, sería uno de los datos demostrativos de la labor realizada.

Es destacable el trabajo realizado por Jimeno Egúrvide en la vigilancia y control de las enfermedades venéreas y de la prostitución, y que se relata en un capítulo destacado del libro.

Fue asimismo Secretario y Presidente de la Cruz Roja de Navarra de la mano de su mentor y antecesor, el doctor Nicasio Landa. Entre sus cometidos: las campañas contra el hambre, la formación de los primeros puestos de socorro visibles en la ciudad y el apoyo prestado a los numerosos heridos en la Guerra de Marruecos.

Escritor de pluma fácil, aprovechó esa cualidad, para publicar una

docena de pequeños libros divulgativos sobre normas de prevención de las diversas epidemias. Cultivó otros géneros literarios, en especial la poesía y el sainete, acumulando varios premios. Fue director de la revista médica "La Clínica Navarra" y del periódico "El Liberal Navarro", dejando en ambos, desde la reflexión, escritos interesantes, que pudieran tener todavía cierta actualidad.



Dr. Javier Álvarez Caperochipi, autor del libro Manuel Jimeno Egúrvide (1856-1937). ↓





# El Dr. Fernando Rotellar Sastre ganador de la VI Beca Senior

Viajará a Charlotte, en Carolina del Norte (USA), para una estancia formativa de un mes en la División de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Carolinas Medical Center

La Fundación del Colegio de Médicos de Navarra ha entregado, en su VI edición, la Beca Senior, dotada con 2500 euros, al Dr. Fernando Rotellar Sastre, del Servicio de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático del Departamento de Cirugía General y Digestiva de la Clínica Universidad de Navarra.

La Beca permitirá al Dr. Rotellar financiar, en parte, la estancia formativa de un mes en la División de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Carolinas Medical Center, en Charlotte, Carolina del Norte (USA) para hacer una rotación sobre "Aplicación del abordaje robótico en cirugía hepática y pancreática avanzada", bajo la supervisión del Dr. John B. Martinie.

Los objetivos principales de esta estancia, según explica el Dr. Rotellar, son los siguientes: "estudio de las indicaciones del abordaje robótico en cirugías hepáticas y pancreáticas complejas; preparación técnica del abordaje robótico (colocación del paciente y robot, puertos quirúrgicos, material e instrumental utilizado) en cirugías hepáticas y pancreáticas complejas; y estudio de los diversos pasos de la aplicación del abordaje robótico en cada uno de los procedimientos, y de las posibles dificultades e incidencias quirúrgicas específicas del abordaje robótico y el modo de manejar y solucionar cada uno".



### Abordaje robótico en cirugía hepática y pancreática

La cirugía laparoscópica ha supuesto la mayor revolución en el mundo de la cirugía en las dos últimas décadas. Su aplicación ha demostrado múltiples beneficios para el paciente (tasa de complicaciones más bajas, menor sangrado, menor dolor y estancias hospitalarias más cortas) en todos los procedimientos en los que se ha ido aplicando de forma progresiva. Más recientemente, la cirugía robótica ha irrumpido como una alternativa a los procedimientos laparoscópicos habituales.

Entre las ventajas de la cirugía robótica, el Dr. Rotellar destaca la supresión del temblor, la ergonomía –que disminuye la fatiga del cirujano– y la capacidad de los instrumentos de ser manipulados en los tres planos del espacio (360°), lo que permite una mayor precisión de los gestos quirúrgicos, especialmente en procedimientos complejos, delicados o en localizaciones de difícil acceso.

La cirugía hepatobiliopancreática comprende intervenciones particularmente complejas y por este motivo es el área donde más ha costado introducir el abordaje mínimamente invasivo. “Dentro de los procedimientos hepáticos y pancreáticos, cabe distinguir entre cirugías puramente resecivas (extirpación de todo o parte de un órgano) y aquellas que requieren reconstrucción de estructuras. Es en este segundo grupo de procedimientos en los que el abordaje laparoscópico tradicional se muestra limitado, impidiendo su aplicación y privando a los pacientes de las ventajas del abordaje mínimamente invasivo. Precisamente es en estos pacientes donde el abordaje robótico presenta de forma más clara sus ventajas”.

Uno de los centros pioneros en el desarrollo del abordaje robótico en cirugía hepática y pancreática compleja y que cuenta con una de las mayores experiencias en Estados Unidos y en el mundo, es la División de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática del Carolinas Medical Center (Charlotte, Norte de Carolina), dirigido por los Dres. John B. Martinie y David A. Iannitti.

“Las recientes evidencias sobre los beneficios de este abordaje en cirugía hepatobiliopancreática compleja, particularmente en cirugías que requieren reconstrucción (pancreática, vascular o biliar), auguran el importante desarrollo que este abordaje va a experimentar en un futuro próximo”, asegura el Dr. Rotellar.



### Trayectoria profesional

El Dr. Fernando Rotellar (Oviedo, 1969) es Licenciado en Medicina por la Universidad de Oviedo (junio 1996) y especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra (1996-2001). Desde el año 2009 es consultor del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de la Clínica Universidad de Navarra.

Es miembro del Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante desde abril de 2001. Ha contribuido a desarrollar el programa de trasplante hepático de donante vivo de esta Comunidad desde abril de 2003, y a su realización mediante abordaje laparoscópico desde mayo de 2013. Destaca su participación en el desarrollo de procedimientos de Cirugía Laparoscópica Avanzada en la Clínica Universidad de Navarra.

Además, en la actualidad, es vocal de la Comisión de Trasplantes de la Clínica Universidad de Navarra y miembro de su Comisión de Trabajo de Innovaciones Quirúrgicas.

En el año 2012, recibió la Beca Senior de la Sociedad Española de Trasplante Hepático para desarrollar el abordaje laparoscópico en el donante vivo de hígado con la que financió una estancia en el Hospital Presbiteriano de Nueva York.

El Dr. Rotellar recibe la  beca Senior de Rafael Teijeira, presidente de Colegio de Médicos.

### Beca Senior, VI edición

Por sexto año consecutivo, la Fundación Colegio de Médicos de Navarra convoca esta beca dirigida a los médicos de Atención Primaria y Especializada de Navarra. En estos años se han presentado 38 solicitudes (5 en esta última edición).

El objetivo de la misma es financiar una estancia en un centro de reconocido prestigio dentro de la especialidad correspondiente, con el fin de complementar la formación, el aprendizaje de nuevas técnicas y procedimientos, el inicio o el desarrollo de trabajos y de líneas de investigación, que supongan un beneficio potencial para la sanidad en Navarra.

Han recibido la beca en años anteriores los doctores: José Ignacio Herrero Santos (2012), María Sagaseta de Ilurdoz (2013), Víctor Valentí Acárate (2014), Idoia Zazpe Cenoz (2015) e Ignacio Gil Bazo (2016).



# Alfonso Elosua y Alejandra Lacalle ganadores de la beca Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR

Cada uno de ellos ha recibido una beca de 3.000 euros para financiar sus estancias formativas en Londres y Bethesda (Estados Unidos)

La Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, con el patrocinio de Laboratorios Cinfa, ha concedido las becas Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR, en su X edición, a Alfonso Elosua González y a Alejandra Lacalle Emborjuo.

La beca, de 3.000 euros, financiará sus estancias formativas en la Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital de St. Marks, en Londres, y en la Sección de Tumores Genitourinarios del Instituto Nacional de Salud de Bethesda, en Estados Unidos.

Alfonso Elosua González es residente en la especialidad de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario de Navarra y Alejandra Lacalle Emborjuo es residente en la especialidad de Oncología Médica del Complejo Hospitalario de Navarra.

Las becas fueron entregadas el pasado 18 de diciembre en un acto en el que participaron Manuel Landecho Acha, también médico y hermano del Dr. Ignacio Landecho (vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra fallecido en el año 2010 e impulsor de esta iniciativa), Enrique Ordieres, presidente de Laboratorios Cinfa y Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra.



Manuel Landecho, Rafael Teijeira, Alfonso Elosua, Alejandra Lacalle y Enrique Ordieres, en la entrega de las Becas.

### Enfermedad inflamatoria intestinal

La Unidad Multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital St. Marks de Londres es un referente a nivel mundial en el manejo de pacientes con EII (enfermedad inflamatoria intestinal). En esta Unidad, intervienen gastroenterólogos, enfermería, cirujanos, nutricionistas, psicólogos, enfermería de reservorios, estomatoterapeutas, educadores e investigadores. La unidad la dirige la profesora Aílsa Hart.

Los principales objetivos que se plantea Alfonso Elosua con esta estancia formativa son los siguientes: "obtener una visión del trabajo multidisciplinar de una enfermedad tan compleja como es la enfermedad inflamatoria intestinal en una unidad de dedicación exclusiva que es referente a nivel mundial; aprender las ventajas de la concentración de



Rueda de prensa para la presentación de los ganadores. ➡



patologías complicadas, la mejora de la atención, el incremento de la calidad percibida por los pacientes y la disminución del coste sanitario; observar de primera mano cómo la gestión descentralizada, pero muy protocolizada, mejora la satisfacción del profesional y la calidad; conocer las líneas de investigación más actuales en temas pioneros como la inmunología intestinal y el microbioma intestinal junto a la mayor experta mundial en el tema”.

### Tumores genitourinarios

El Instituto Nacional de Salud de Bethesda es un centro de referencia en investigación clínica y cuidado médico, con más de 200 camas y 100.000 pacientes ambulatorios visitados al año. Se trata de un centro con amplia experiencia en acogida y formación de investigadores de todo el mundo, con múltiples grupos de investigación centrados en cáncer.

Según explica Alejandra Lacalle, “la Dra. Andrea Apolo, que trabaja en este centro, es una oncóloga de referencia mundial para el tratamiento de tumores genitourinarios, especialmente en la investigación de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer vesical, un tumor prevalente en

nuestro medio y con una esperanza de vida limitada por las escasas opciones terapéuticas de que disponemos en la actualidad”.

Durante su estancia en este centro, Alejandra Lacalle formará parte del grupo de investigación encargado de obtener, procesar y analizar las muestras de los pacientes. “Me familiarizaré con las diferentes técnicas que utilizan como el análisis de los distintos subgrupos inmunes con marcadores funcionales, de células endoteliales maduras circulantes y de células endoteliales progenitoras, de células tumorales circulantes y el análisis de expresión digital mRNA en muestras congeladas y fijadas en parafrina”.

### 12 candidatos

En su X Edición, 12 candidatos han optado a la beca. El presidente del Colegio de Médicos de Navarra destacó la gran calidad, tanto de los proyectos como de los candidatos. Del total de solicitudes, 7 residentes son del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y 5 de la Clínica Universidad

de Navarra. Cinco de los proyectos presentados proponían una rotación en algún centro nacional: Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid), Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón (Madrid), Hospital La Fe (Valencia) y dos para el Hospital Vall d’Hebrón (Barcelona). Los otros 7 (incluidos los ganadores) solicitaban viajar a Bruselas, Londres, Alemania, Atlanta y Nueva York.

Por su parte, Enrique Ordieres, presidente de Cinfa, destacó que las becas son una “oportunidad para los beneficiarios y para todos los navarros porque “la idea es que el conocimiento adquirido retorne a Navarra”.

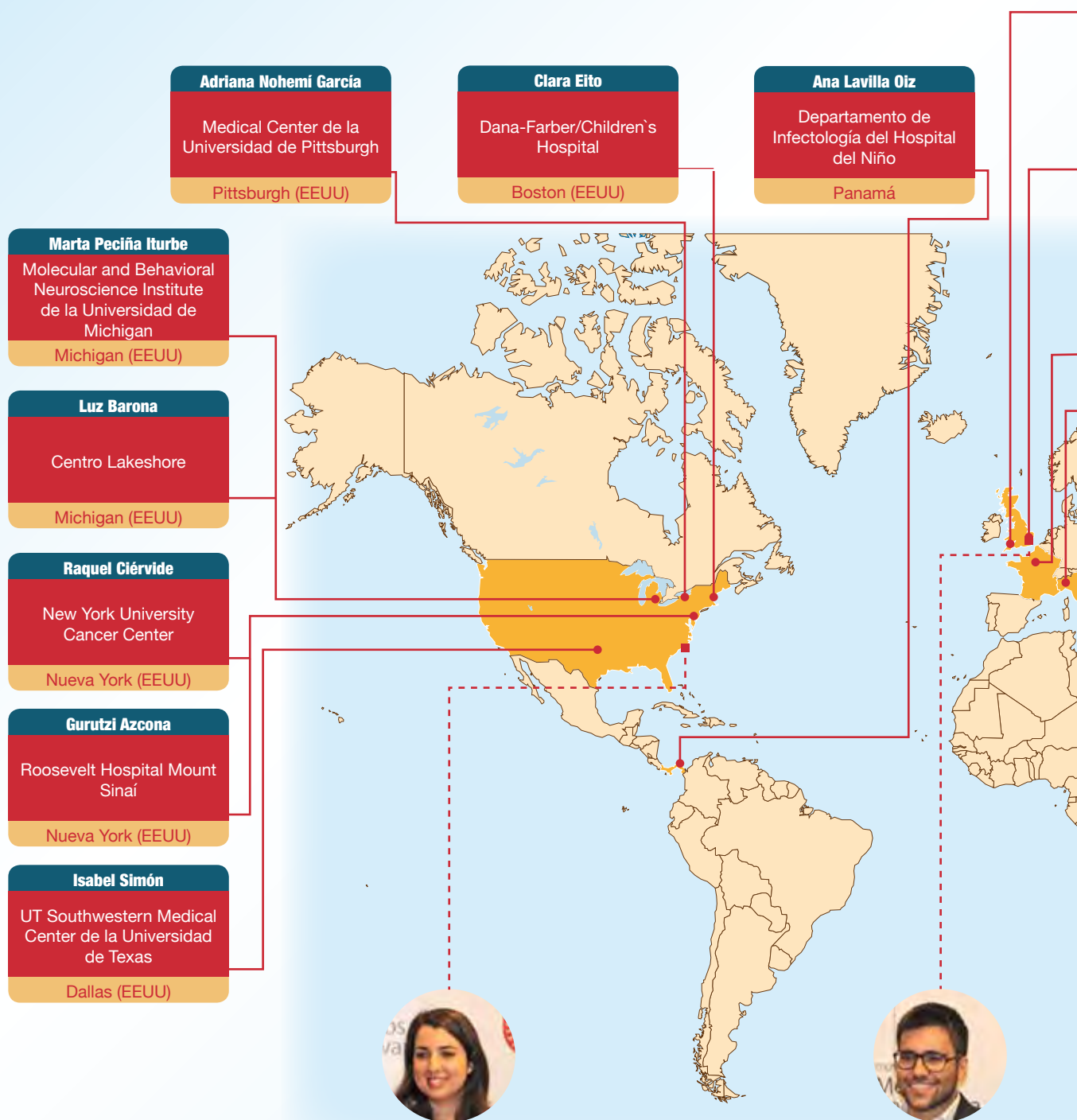


Alejandra Lacalle y Alfonso Elosua, ganadores de la X Beca Dr. Landecho.

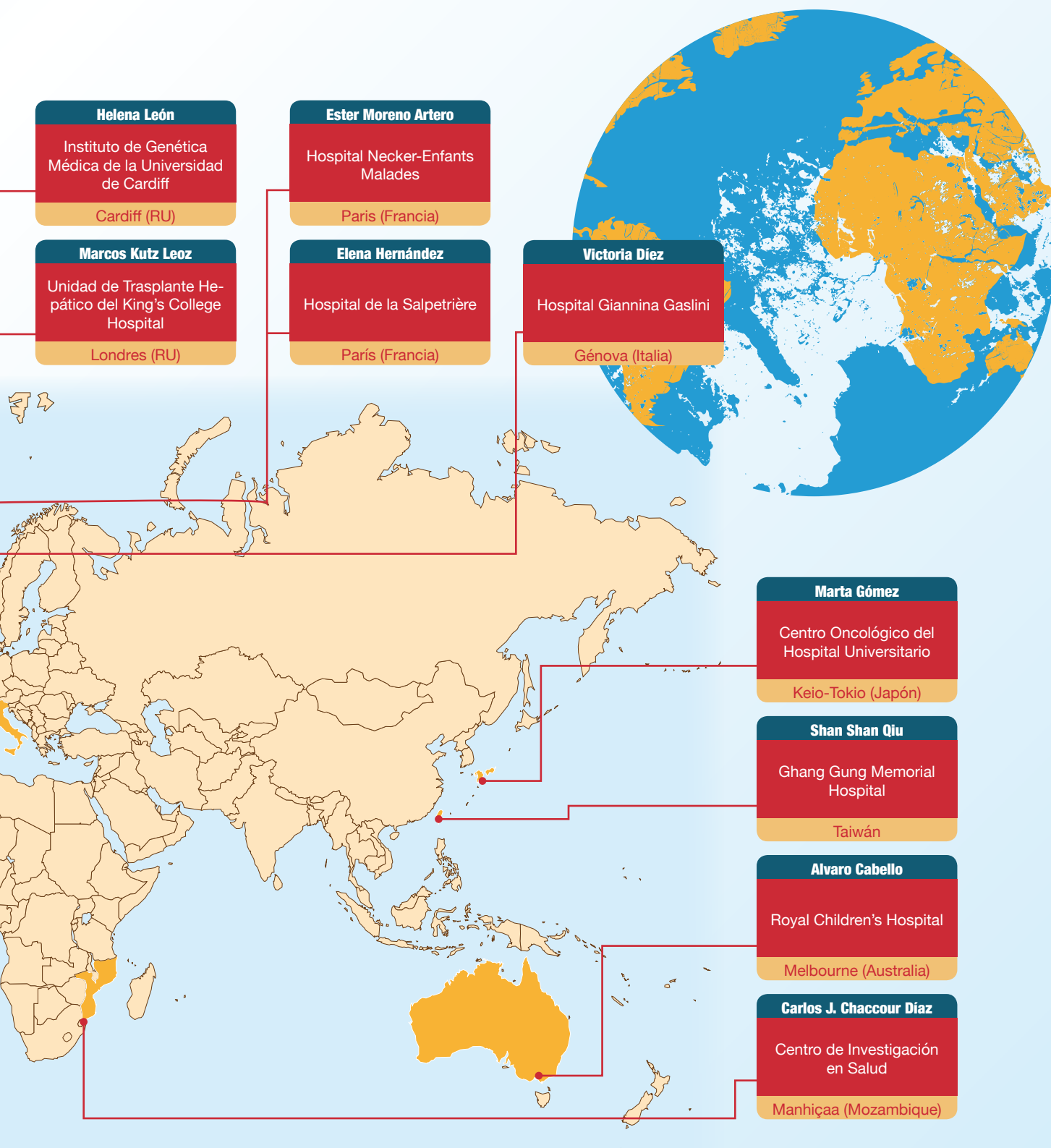
Historial de la Beca Dr. Landecho

## 19 jóvenes becados desde el año 2009

Desde su primera edición, en el año 2009, 19 jóvenes médicos residentes de Navarra han completado su formación en centros de prestigio internacional:



# COLEGIO DE MÉDICOS





# En Navarra,

58 médicos solicitaron el certificado de idoneidad para salir fuera de España durante el **2017**

En 2017 (desde el 1 de enero hasta el 20 de diciembre), la Organización Médica Colegial expidió un total de 3.282 certificados de idoneidad a médicos para salir al extranjero, una cifra que supone un descenso de un 3,7% respecto a los datos de 2016, cuando se expidieron 3.408, lo que supone un frenazo a la tendencia alcista de los últimos años, según confirman los números recabados hasta el 20 de diciembre de 2017. En Navarra, han sido 58 los médicos que solicitaron el certificado de idoneidad (55 en 2016, 57 en 2015, también 57 en 2014, 63 en 2013, y 45 en 2012).

A nivel estatal, en los siete últimos años, se han solicitado casi 20.000 certificados de idoneidad por parte de médicos españoles, unos datos que reflejan la precaria situación de los profesionales médicos españoles y en especial la de los más jóvenes.

Un año más, la gran mayoría de certificados de idoneidad se han solicitado para salir a trabajar fuera de España (68,5%). También se han solicitado para estudios (3%) y cooperación (7%). De todos ellos, el 49,7% han sido solicitados por mujeres y el 50,3% por hombres.

En cuanto a los destinos preferidos para trabajar en el extranjero, los dos primeros puestos no experimentan cambios, siendo Reino Unido (649), Francia (585) los más solicitados. Irlanda (201) supera a Alemania (154), convirtiéndose en el tercer y cuarto destinos solicitados, mientras que el quinto lugar es para Italia (106). Fuera de Europa, los destinos elegidos son Estados Unidos (66), Emiratos Árabes (65), Canadá (59).

Por especialidades, los datos recabados en 2017 por el Departamento Internacional de la Organización Médica Colegial, exponen que los médicos de familia (245), los anestesiólogos (90) y los oftalmólogos (79), son las especialistas que más demandan el certificado.

Las cifras ponen de manifiesto que la mayoría de solicitantes de estos certificados de idoneidad se encuentran entre los grupos de edad de 31 a 35 años en primer lugar (427), seguido de los facultativos de 36 a 40 años (363) y en tercer lugar, el grupo de 26 a 30 años (303).

## Acuerdo de colaboración entre PSN y Colegio

Protegerá a todos los nuevos colegiados y renovará el servicio de Protección de Datos



PSN ha reforzado sus lazos con los médicos navarros mediante la firma de un acuerdo de colaboración con su Colegio Profesional. En virtud de este acuerdo, todos los colegiados contarán con acceso preferente a la cartera de productos y servicios del Grupo PSN: seguros de Vida, planes de pensiones, productos de inversión y seguros de nuevos ramos No Vida, como Decesos y Responsabilidad Civil Profesional, que vienen a configurar una protección integral, así como otros servicios de interés, como consultoría profesional, su complejo vacacional en San Juan (Alicante), o el gerhotel Los Robles Asturias, entre otros.

Esta firma supone la presencia de oficinas de PSN en las distintas sedes colegiales (Pamplona y Tudela), lo que repercute en una atención más directa al colegiado. Además, PSN protegerá ante Accidentes a todos los nuevos colegiados menores de 35 años mediante el seguro PSN Joven, del que podrán disfrutar de manera gratuita durante un año. El acuerdo contempla, además, la continuidad de prestación del servicio de consultoría en materia de protección de datos por parte de PSN Sercon.

PSN protege a cerca de 5.000 profesionales en Navarra, de los cuales 3.500 son médicos, que podrán ahora beneficiarse de las ventajas que supone este nuevo acuerdo.

# PSN ofrece un plan perfecto para Residentes



En PSN estamos al lado del profesional a lo largo de toda su vida, ofreciendo la protección que necesita en cada momento y ante cualquier circunstancia. Y en este sentido, los comienzos quizás sean difíciles en muchos ámbitos y especialmente en el ejercicio de la Medicina pero, con

la seguridad necesaria, la tranquilidad está garantizada. El Grupo PSN ha lanzado Plan Start MIR, una solución integral diseñada para cubrir las necesidades de los médicos más jóvenes, los que se encuentran en su etapa de residencia, aunando coberturas de Responsabilidad Civil y Accidentes.

## Protección en el ejercicio profesional

El médico asume una serie de riesgos que implican esa necesidad de protección. En el caso de los MIR, al encontrarse en los primeros años de desempeño profesional, el contar con el mejor seguro de Responsabilidad Civil resulta de vital importancia. En muchos casos, los seguros colectivos que ofrecen las comunidades autónomas no ofrecen toda la protección necesaria, ya que, además de no cubrir la actividad privada, sus garantías se ven limitadas en el ámbito individual dado que se aplican al conjunto de todos los profesionales de la región. Dentro del Plan Start MIR, PSN pone a disposición de los médicos más jóvenes su seguro de Responsabilidad Civil Profesional, PSN RC Pro, especialmente adaptado a sus necesidades de protección y, además, con una bonificación en la prima, un factor valorado por quienes dan sus primeros pasos en el mundo laboral.

## Tranquilidad en el día a día

El nuevo producto de PSN tiene también en cuenta imprevistos que pueden suponer problemas tanto en el aspecto económico como en el día a día, y es importante tenerlos en consideración cuanto antes para evitar males mayores. Dada su edad y el momento vital que atraviesa, el mayor interés de un MIR es protegerse a sí mismo. Y es que, al no contar con el respaldo de una vida profesional a lo largo de la cual sus cotizaciones hayan sido todo lo altas que pueden llegar a ser, puede verse muy desprotegido en caso de sufrir un accidente, y más aún si sus consecuencias impiden desarrollar el ejercicio profesional en el futuro. Por eso es necesario buscar un complemento a las insuficientes prestaciones públicas. PSN Plan Start MIR cubre todas las garantías en este ámbito, por lo que cuenta con una versión específica para médicos residentes del seguro PSN Joven. De este modo, ofrece un plus de protección en caso de accidente. Por un lado, si dicho percance ocasiona una baja laboral, su cobertura de Incapacidad Temporal otorga una indemnización de hasta 450 euros al mes, que ascienden al doble si además implica hospitalización. Cuando se trata de algo más grave, esta solución aseguradora ofrece una cobertura de 6.000 euros por fallecimiento accidental, pero se centra especialmente en el riesgo de incapacidad permanente absoluta por accidente, cubierta con 50.000 euros, y la gran invalidez por accidente, con una indemnización adicional de 50.000 euros.

## El primer año de Plan Start Mir

### Arturo, 26 años.

Residente de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra

### Protegido en Responsabilidad Civil

Capital asegurado de 150.000€.

Incluye, entre otras coberturas:

Subsidio por inhabilitación profesional (hasta 3.000€/mes).

Responsabilidad Civil por Protección de Datos

### Protegido ante accidentes

Incapacidad Temporal:	450€/mes
Hospitalización:	+450€/mes
Incapacidad permanente absoluta:	50.000 €
Gran Invalidez:	+50.000 €
Fallecimiento:	6.000 €

**Total Prima anual: 31,75€**



### Jorge Quiroga elegido uno de los 25 Embajadores de la medicina española de Diario Médico

Es director del Departamento de Medicina Interna de la Clínica Universidad de Navarra

Fue uno de los 5 médicos preseleccionados en Navarra por la Junta Directiva del Colegio de Médicos

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

En Navarra, los profesionales preseleccionados por el Colegio de Médicos fueron cinco: Jesús Alfaro, jefe del Servicio de Traumatología de la Clínica San Miguel; Jaime Gállego,

director médico del Centro Neurológico de Navarra; Jorge Augusto Quiroga, director del Departamento de Medicina Interna de la Clínica Universidad de Navarra; Pablo Aldaz, médico de Familia en el Centro de Salud de San Juan, en Pamplona; y Juana Caballín, jubilada adjunta de Gerontología del Hospital San Juan de Dios de Pamplona y presidenta de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Navarra.

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

Estos profesionales fueron evaluados por un jurado de expertos que valoró la trayectoria, dedicación y demás aportaciones de los profesionales. Finalmente, resultó elegido el Dr. Jorge Quiroga como uno de los 25 embajadores de la medicina española de Diario Médico.





## Jorge Augusto Quiroga

### “La investigación le hace a uno mejor médico” \*

Hay vocaciones que siempre han estado ahí y médicos que siempre supieron que querían serlo. Es el caso de Jorge Quiroga, director del Departamento de Medicina Interna de la Clínica Universidad de Navarra CUN, quien decidió especializarse en Medicina Interna en la Facultad de Santiago de Compostela, “tras cursar Fisiología y Patología General por la comprensión de los mecanismos de enfermedad y la visión global. Luego, ya en Pamplona, mi dedicación a la Hepatología, que es un gran compendio de Medicina Interna, se debió a que mi maestro, el profesor Jesús Prieto, enfocó la investigación del departamento a las patologías hepáticas”. Ese fue el germen de la Unidad de Hepatología y del programa de Trasplante Hepático, a los que Quiroga ha dedicado una gran parte de su actividad profesional. Ese programa, que coincide con el Programa de Trasplante de la Comunidad Foral de Navarra, ha sido el resultado de un enorme esfuerzo conjunto con un objetivo

ambicioso, que dota de una satisfacción plena más allá de la individual.

Su labor suma más de 130 publicaciones en revistas indexadas, de las cuales un 61 por ciento corresponden a revistas de primer cuartil y un factor h de 34. El devenir de su vida profesional ha sido muy parecido a cómo se lo imaginó siendo estudiante y le hace sentirse afortunado: “Me ilusionaba la Medicina Interna, la docencia en la Universidad y la investigación. He podido realizarlo en la CUN, donde se dieron las condiciones para hacerlo posible”. Dice Quiroga, que no hay, sin embargo, caminos de rosas: “Lo que merece la pena cuesta mucho; hay renunciaciones personales y familiares. Mi mujer, que es internista, y ha sido mi gran aliada, y nuestros hijos, que entienden nuestro trabajo, lo han hecho más fácil. Hay que aprender a disfrutar del camino más que de hipotéticos logros finales”.

**“Hay que aprender a disfrutar del camino más que de hipotéticos logros finales”**

En el camino hay momentos difíciles y quizá el más común a todos los facultativos sea perder a los pacientes, “especialmente a aquéllos con los que se ha tenido una relación larga o intensa”. Sin embargo, el camino también está plagado de buenos momentos. En el campo de la investigación, culminar un proyecto

es un buen ejemplo, pero también en la asistencia hay que “ser consciente de que contribuir decisivamente a la curación o la mejoría de la vida de un paciente es la mayor satisfacción íntima de un médico”. En la docencia también hay alegrías: “Conseguir que alumnos saquen lo mejor de sí mismos. La labor principal de un docente, más que transmitir datos, es estimular las capacidades y la confianza para que alcancen su máximo desarrollo”. Respecto a la sanidad española, los cambios asistenciales y científicos desde que Quiroga se licenció en 1978 han sido extraordinarios. “La Medicina española es de las mejores del mundo y la producción científica ha pasado de virtualmente inexistente a un nivel alto. Sin embargo, hay deficiencias, entre ellas, la sobrecarga del sistema. Mi visión global no es exacta porque Navarra tiene una de las mejores sanidades de España”.

Para Quiroga la importancia de la profesión radica en la responsabilidad y en la influencia que esta tiene sobre los pacientes. Por eso les recomendaría a las nuevas generaciones que reflexionen sobre qué significa ser médico y, sobre todo, qué médico quieren ser. “Deben saber que la función del médico es resolver los problemas de sus pacientes: el estudio, la pericia diagnóstica o quirúrgica y las sesiones no son fines sino medios para ese fin esencial. La satisfacción personal requiere pasión por lo que hacemos. Y capacidad de adaptación, humildad, sentido crítico y respeto por las opiniones ajenas... Además, la investigación le da otra dimensión a la práctica clínica y le hace a uno mejor médico”.

\*Entrevista publicada en Diario Médico para la presentación de los 25 embajadores  
<http://www.diariomedico.com/aniversario/jorge-augusto.html>



# Concurso de dibujos navideños 2017

**NAHIA VALENCIA Y  
NOA JEAN LOUIS,  
PRIMER PREMIO DE SU CATEGORÍA**

Un año más, y son ya cinco ediciones, el pasado 14 de diciembre se entregaron los Premios del concurso de dibujos navideños que organiza el Colegio de Médicos. El vicepresidente del Colegio de Médicos, Alberto Lafuente, fue quien presentó el acto, que tuvo lugar en el salón Medialuna. En esta ocasión fueron 53 los dibujos que se presentaron.

Este año, las ganadoras fueron Nahia Valencia Berrade, en la categoría de 4-8 años, y Noa Jean Louis Pierola, en la de 9-12 años. Los dos dibujos ganadores son los que el Colegio envía como felicitaciones navideñas.

Igual que se hizo el año pasado, el artista navarro Juanjo Aquerreta fue el jurado experto que eligió los dibujos ganadores.

Nahia Valencia recibió como premio una Nintendo, y Noa Jean Louis un Tablet. Además, entre todos los niños que participaron en el concurso se sortearon dos estuches de dibujo.

Para terminar los niños disfrutaron de una merienda y de chucherías.

Como siempre, esta actividad del Colegio resulta una auténtica gozada porque pasar un rato rodeados de niños y niñas, con su naturalidad y su alegría contagiosa, hace que todos, por un rato, nos olvidemos de nuestros problemas y nos vayamos a casa con una sonrisa.

Así que gracias a tod@s por vuestro trabajo y vuestra alegría.

**¡¡Sois unos artistas!!**





Dibujo ganador  
de la categoría  
de 9-12 años.  
Noa Jean Louis  
Pierola.

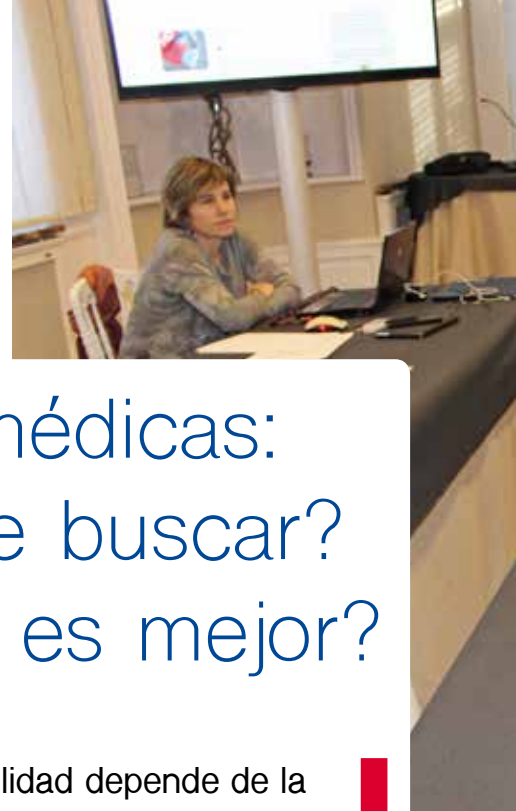


Dibujo ganador  
de la categoría  
4-8 años. Nahia  
Valencia Berrade.

Alberto Lafuente  
con los niños  
y niñas que  
participaron en la  
fiesta de entrega  
de los premios.







## Recursos 2.0 Apps médicas: útiles en la ¿Dónde buscar? práctica clínica ¿Gratis es mejor?



Coordinadora de la 2ª edición del Curso sobre Recursos 2.0 útiles en la práctica clínica.

◆ Dra. Marta Muniesa

En mi opinión, las aplicaciones móviles (apps) son herramientas como lo son los libros, las revistas o las páginas web de internet ya que, como éstos, nos permiten acceder a información, realizar cálculos, etcétera. Como en todos ellos, la fiabilidad depende de la fuente de la información y de su actualización, por esto es importante que mantengamos nuestra capacidad crítica a la hora de fijarnos y analizar la bibliografía, los autores y las fechas de revisión y/o actualización de la información, sin confundirnos con las actualizaciones del “software” de la aplicación.

Las herramientas que internet ofrece son cada día más numerosas y esto nos enfrenta a las dudas habituales ante cualquier elección, ¿dónde encuentro lo que necesito?, ¿cómo sé qué es fiable? Y en esta elección, intervienen nuestras preferencias como usuario, nuestra forma de trabajar y de sentirnos cómodos con las ya no tan nuevas tecnologías, la capacidad de los dispositivos de que disponemos... por lo que la respuesta no es única sino un conjunto de habilidades que nos llevarán a seleccionar la que mejor se adapte a nosotros.

“La fiabilidad depende de la fuente de la información y de su actualización, por ello es importante que mantengamos nuestra capacidad crítica a la hora de fijarnos y analizar la bibliografía, los autores y las fechas de revisión y/o actualización de la información”

### Seguridad y fiabilidad

No obstante, la seguridad y fiabilidad de la información en internet son dos temas de tal relevancia e impacto que han suscitado que algunos organismos, agrupaciones, sociedades, etc., hayan publicado sus propias normas para ayudar a encontrar la información fidedigna, aportando los “sellos de calidad”. Algunos ejemplos de estos sellos son: Web Médica Acreditada (páginas web), fundación Health on the Net (páginas web –HONcode-) y la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (webs y apps –distintivo AppSaludable-).

Podemos suponer que si vemos el sello de una de estas asociaciones, la información que presentan cumple con los requisitos de calidad y actualización. Igualmente, lo podemos suponer cuando la aplicación que queremos probar nos la ofrece una entidad de nuestra confianza como pueden ser las asociaciones médicas o las de pacientes, algunos laboratorios farmacéuticos o, por qué no, un amigo que haya probado la aplicación o que la use habitualmente. Este último caso, el del boca a boca, nos aporta no solo información técnica sobre la aplicación recomendada sino también su opinión personal sobre la facilidad de uso, el entorno en que la han probado, además de añadir trucos o pequeñas pegadas que ayudan a ajustar nuestras expectativas.



La Dra. Marta Muniesa en el curso celebrado, en el Colegio de Médicos, el pasado mes de octubre.

### Recomendaciones de apps médicas

Y esto nos lleva a la segunda cuestión, **¿dónde encontrar apps médicas?**: las "tiendas de apps" (Google Play, iTunes y otras) no están clasificadas por especialidades, patologías o utilidades médicas, es por eso que no suelen ser el mejor modo de buscar lo que necesitamos.

Dependiendo del tipo de aplicación que estemos buscando, podemos ayudarnos de las recomendaciones de algunas páginas específicas, de las sociedades científicas o similares.

En el reciente curso del Colegio de Médicos utilizamos algunos recopilatorios que expongo a continuación:

- Listado de Distintivo AppSaludable: [www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo](http://www.calidadappsalud.com/distintivo/catalogo)
- Listado de The App Date: [www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf](http://www.theappdate.es/static/media/uploads/2014/03/Informe-TAD-50-Mejores-Apps-de-Salud.pdf)
- European directory of Health Apps 2012-2013: [www.patient-view.com/uploads/6/5/7/9/6579846/pv\\_appdirectory\\_final\\_web\\_300812.pdf](http://www.patient-view.com/uploads/6/5/7/9/6579846/pv_appdirectory_final_web_300812.pdf)
- Web Appdemecum: [www.appdemecum.com](http://www.appdemecum.com)

Y claro, puestos ya así sobre la pista de la aplicación que más nos conviene, surgió también el debate sobre el precio de las apps y nos preguntamos, ¿gratis es siempre mejor?

La respuesta a priori parece ser sí, pero cuando analizamos la cuestión

surgieron algunos razonamientos a tener muy en cuenta dado que estábamos todos de acuerdo en que nada es gratis y cuando se nos ofrece un servicio sin coste, pero que cuesta generar y mantener, nos debemos preguntar quién paga estos costes. Se nos ocurrieron varias respuestas: la propaganda, y vimos que una aplicación de calidad debe mostrar claramente diferenciada la propaganda de la información médica; una subvención, en cuyo caso habrá que analizar cómo beneficia este gesto a quien lo proporciona; los datos del usuario, dado que no es infrecuente que el pago consista en permitir que gestionen nuestros datos para sus propios fines (propaganda, análisis de consumo...), en este caso conviene que indiquen con detalle cuáles son esos fines.

Ninguna de estas opciones es buena o mala en sí, basta con que sea explícita y podamos decidir si aceptamos las condiciones o no.

Y con todo esto sobre la mesa, otra de las opciones que se planteó fue la de pagar por el uso de las aplicaciones como hacemos por la compra de libros, revistas, programas de ordenador, igualmente aceptable y valorable, además, puede facilitar que los desarrolladores mantengan y amplíen la aplicación si resulta exitosa y rentable.

**¿No es hora de buscar y elegir?**





# Uso de psicofármacos en ancianos

**"La valoración geriátrica integral es una herramienta eficaz en la adecuación farmacológica y en la prevención de eventos adversos de salud"**

Según **Francisco Úriz**, geriatra del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

■ IDOIA OLZA

El uso de psicofármacos en ancianos fue el tema del Seminario que se celebró el pasado 30 de octubre en el Colegio de Médicos. La sesión estuvo coordinada por el psiquiatra, Patricio Molero, y por José Ramón Azanza, farmacólogo clínico de la Clínica Universidad de Navarra.

Los trastornos psicopatológicos en el anciano suelen presentar mayor resistencia a los tratamientos farmacológicos y mayor periodo de latencia de la respuesta terapéutica. Es necesario considerar las modificaciones fisiológicas del envejecimiento que afectan a la farmacocinética, la comorbilidad y la polifarmacia, tres aspectos que condicionan la eficacia del fármaco y el riesgo de efectos adversos por el propio fármaco, por interacciones con otros fármacos necesarios o por las condiciones de otras enfermedades de base del paciente.

El Dr. Francisco Úriz, geriatra del Hospital San Juan de Dios y experto en Psicogeriatría, habló sobre el "Uso de psicofármacos en el anciano. Valoración integral del paciente pluripatológico y polimedicado".

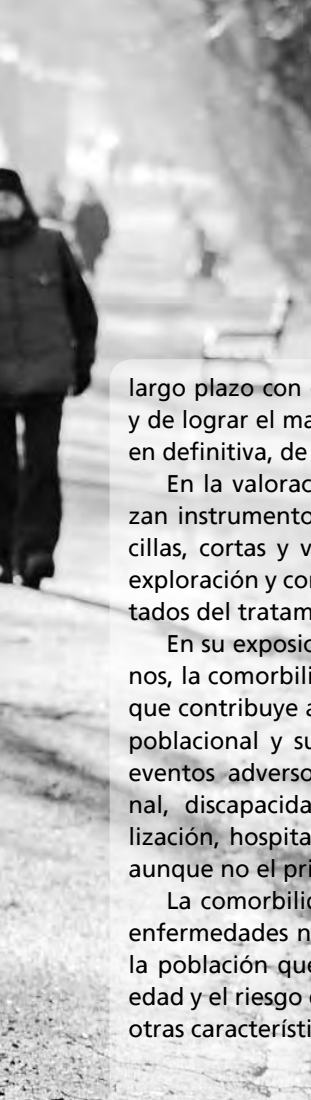
Según explicó, las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos, con el riesgo consiguiente de reacciones adversas a medicamentos (RAM) e interacciones farmacológicas.

En ese grupo (que representa más del 17% del total de la población), detalló el Dr. Úriz, más del 50% tienen tres o más enfermedades crónicas; polifarmacia en torno al 35%; consumen, además, el 73% del gasto farmacéutico. Entre el 10-30% de los ingresos se deben a reacciones adversas a medicamentos, el 66% recibían al menos una medicación no adecuada durante el ingreso hospitalario, y un 85% en el alta. "La causa de las reacciones adversas a medicamentos en este grupo es la prescripción inapropiada de fármacos y la mala monitorización de los tratamientos prescritos".

Los pacientes mayores son particularmente vulnerables a presentar RAM. "Con la edad, se producen cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que pueden alterar el metabolismo de dichos fármacos. Además, en el mayor se dan condiciones que facilitan el desarrollo de este problema como la polifarmacia, muchos fármacos no se estudian en población de 85-90 años, comorbilidad, el deterioro cognitivo, funcional, malnutrición, etc.

El experto se refirió a la valoración geriátrica integral. La definió como "un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a





largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de mejorar la calidad de vida”.

En la valoración geriátrica integral se utilizan instrumentos y escalas de valoración (sen-cillas, cortas y validadas), que sistematizan la exploración y controlan la evolución y los resultados del tratamiento.

En su exposición, explicó que “en los ancianos, la comorbilidad es un problema frecuente que contribuye a la complejidad de este grupo poblacional y supone un factor de riesgo de eventos adversos de salud (deterioro funcional, discapacidad, dependencia, institucionalización, hospitalización, mala calidad de vida y muerte), aunque no el principal”.

La comorbilidad entendida como una compilación de enfermedades no es la principal característica que define la población que debe ser atendida por un geriatra. “La edad y el riesgo del declinar funcional deben primar sobre otras características”, apuntó el experto.

### Prescripción inadecuada

En su opinión, la prescripción inadecuada se produce cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces”. Expuso diferentes ejemplos: “el Neuroléptico para dormir; cuando el medicamento se utiliza con una frecuencia o duración mayor al tiempo recomendado, por ejemplo, Riperdal a dosis 1 mg 4 veces al día; cuando existe un riesgo incrementado de interacción nociva con otros medicamentos, enfermedades o condiciones clínicas, tal es el caso del Anticolinérgico urinario en pacientes con demencia; cuando existe duplicación de principios activos dentro de la misma clase farmacológica, por ejemplo, dos Neurolépticos, o dos derivados mórficos; y si se omiten prescripciones de fármacos beneficiosos para tratar o prevenir un problema de salud”.

Las herramientas que se utilizan para medir la prescripción inadecuada son los Criterios Beers y los Criterios Stopp-start. Sobre estos últimos indicó que “suponen una herramienta de utilidad en la detección de los posibles problemas relacionados con los medicamentos en una unidad de media estancia en un hospital geriátrico. No obstante, su validez en las condiciones de la práctica clínica habitual puede variar en función de las características específicas de la población atendida así como del momento de aplicación”.



## FORMACIÓN

En la primera fila, los tres ponentes: José Ramón Azanza, Francisco Úriz y Jorge Plá. ↑



Patricio Molero, coordinador del Seminario. ➔

### Conclusiones

- La polifarmacia y sus consecuencias negativas son prevalentes en los pacientes mayores con pluripatología. Además, los pacientes con pluripatología y alta comorbilidad tienen un riesgo elevado de prescripción inadecuada.
- La valoración geriátrica integral es una herramienta fundamental en la adecuación farmacológica y en la prevención de eventos adversos de salud.
- Los criterios Stopp-Start se han mostrado más eficaces que los Criterios Beers en la detección de la prescripción inadecuada en nuestro medio.
- El uso de BZ acción larga en caídas y Neurolépticos como hipnóticos son prescripciones inapropiadas frecuentes en el mayor.



## XIII Jornada Formativa de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia (namFYC)

Premiadas dos comunicaciones, una sobre **prescripción inadecuada** y otra sobre la **percepción de la enfermedad** en los pacientes crónicos según procedencia rural/urbana

Acto de clausura:  
Patricia Alfonso,  
Fernando Domínguez  
y Alberto Lafuente.

■ IDOIA OLZA

El pasado 17 de noviembre, se celebró en el Colegio de Médicos la XIII Jornada Formativa de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia (namFYC) en la que participaron 83 médicos de familia y se presentaron 33 comunicaciones, de las cuales 11 eran trabajos de investigación y 21

casos clínicos. En el acto de clausura participaron el consejero de Salud, Fernando Domínguez, la presidenta de la namFYC, Patricia Alfonso, y el vicepresidente primero del Colegio de Médicos, Alberto Lafuente.

Finalmente, fueron dos las comunicaciones premiadas: "Prescripción

inadecuada: Polifarmacia-Pluripatología" y "Percepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas según procedencia rural/urbana". Un trabajo se lleva 300 euros de premio, y el otro, la asistencia al Congreso Nacional de la SEMFYC, que se celebrará en Barcelona en mayo de 2018.

### Prescripción inadecuada

La comunicación premiada titulada "Prescripción inadecuada: Polifarmacia-Pluripatología", de los profesionales Arantxa Arizcuren y Leire Leache, de la Residencia Landazábal, Yolanda Burguete y Arantxa Arizcuren, del Complejo Hospitalario de Navarra, y Ángel Parra y Arbizu, del Centro de Salud de Rochapea, tenía como objetivo analizar el perfil de usuario y establecer paralelismo entre polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos en base al déficit funcional y cognitivo presente. En el trabajo participaron 177 usuarios de la Residencia Landazábal de Burlada.

Como conclusiones, los autores destacan en su trabajo que "la polifarmacia es frecuente y la prescripción inadecuada, en nuestro entorno es de un 20%. Y el perfil de usuario es el de una gran dependiente, con déficit cognitivo y un riesgo de caída alto, donde la patología osteoarticular y neurológica están muy presentes. Así como la polifarmacia y el deterioro cognitivo como síndromes geriátricos".

### Percepción de enfermedad

Los autores de la otra comunicación premiada sobre "Percepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas según procedencia rural/urbana", son los Dres. del Centro de salud de Lesaka, Leyre Adrián y Juan Manuel Casas.

El objetivo del trabajo era determinar si hay diferencias en la percepción de la enfermedad de los pacientes crónicos según su lugar de procedencia (urbano versus rural). Para ello, se estudiaron 196 pacientes mayores de 65 años (de 7 centros urbanos y 2 rurales).

Entre las conclusiones, destacan que "los pacientes de áreas rurales tienen mayor percepción del control de la enfermedad, creen que el tratamiento es más útil para su enfermedad y tienen menor percepción de preocupación por su enfermedad crónica".

### Programa eminentemente práctico

La Jornada comenzó por la mañana con talleres prácticos sobre Dermatoscopia (impartido por la Dra. Raquel Santesteban Muruzabal, dermatóloga y médica de familia en el Complejo Hospitalario de Navarra); Enfermedades Raras (Dr Miguel Ángel García Ribes, médico de familia. C.S. Cotoilino 2 de Castro Urdiales, en Cantabria. Coordinador del GdTsemFYC sobre Genética Clínica y Enfermedades Raras); y sobre Trastorno por Déficit de Atención (por el Dr. Javier Royo Moya, psiquiatra, C.S. Mental Infante-Juvenil de Sarriñena).

Y ya por la tarde, se desarrollaron las Actualizaciones de los grupos de trabajo de la namFYC, en esta edición sobre EPOC, Hepatitis A y enfermedades emergentes, y "No hacer en urgencias".

## La namFYC entrega 1.500 euros a la **Asociación de Voluntarios Children of Africa**

La Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC) entregó un donativo de 1.500 euros a la Asociación de Voluntarios Children of Africa.

En el acto de entrega, que tuvo lugar en la sede Colegio de Médicos, el pasado 20 diciembre, estuvieron presentes la presidenta de la Asociación Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria, Patricia Alfonso, que

estuvo acompañada de Ana Otamendi y Rosa Martín, y por parte de la Asociación Children of Africa, Ana De Julián, Ainhoa Aldaz y Elisa Viñes.

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

### Children of Africa

Children of Africa, que se creó en 2010, es una asociación sin ánimo de lucro dedicada a la cooperación para el desarrollo en comunidades rurales de Kenia con riesgo de exclusión social. En abril de 2016, se constituyó la primera delegación de Children of África en Navarra (en concreto en Barañain), gracias al entusiasmo y el buen trabajo en equipo de un grupo de voluntarios de esta población navarra.

Esta Asociación destinará el dinero recibido de la namFYC para el proyecto Mbandi School de mejoras en las escuelas rurales de Kenia. En concreto, el proyecto constará de las siguientes partes: extensión de la tubería principal de agua, conexión del agua y adquisición de dos tanques de agua.

Mbandi Primary School es una escuela pública que nació a principios de 2012 en el poblado rural de Mbandi, que actualmente cuenta con 9 maestros y 356 alumnos. Las instalaciones de la escuela están en pésimas condiciones y solo dos aulas de las 8 que necesitan son hábiles para poder dar clase. No dispone de baños, ni sala de maestros, ni electricidad ni agua corriente.

Los alumnos del ciclo superior de primaria caminan 5 Km cada mañana para ir a buscar agua al río más cercano (cuando no hay sequía) y transportarla hasta la escuela antes de iniciar las clases.

La Asociación de voluntarios Children of Africa pretende ser un recurso y apoyar a aquellas comunidades que buscan mejorar la calidad de la educación, buscando subvenciones para proyectos que se basan en mejorar sus escuelas, promover la interacción entre las escuelas y los docentes, la participación activa de los estudiantes y sus familias, la sensibilización y la colaboración de toda la comunidad en temas de vital importancia para el desarrollo.

Información sobre Children of Africa en:

- [www.childrenofafrica.es](http://www.childrenofafrica.es);
- <https://www.facebook.com/COA.Organisation/>



Sonia Martín, de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria; Elisa Viñes, de Children of Africa; Patricia Alfonso, presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria; Ana De Julián y Ainhoa Aldaz, de Children of Africa; y Ana Otamendi, de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria.



## PALIAN Navarra

### Planificación de decisiones anticipadas con el paciente crónico complejo avanzado

■ IDOIA OLZA

El Dr. Iñaki Saralegui, médico intensivista y presidente del Comité de Ética Asistencial de la Organización Sanitaria Integrada de Araba, y coordinador del Proyecto Voluntades Anticipadas en Euskadi, participó en el Taller sobre Planificación de las decisiones anticipadas con el paciente crónico complejo avanzado, organizado por PALIAN Navarra, que se celebró el pasado 25 de octubre en el Colegio de Médicos.

El taller estuvo coordinado por el Dr. Marcos Lama, medicina familiar y comunitaria, de la Unidades de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios; y la Dra. Ana Herrero, del Servicio de Medicina Interna y Comité de Ética Asistencial del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Saralegui definió las voluntades anticipadas como “el proceso en el que una persona planifica los cuidados sanitarios que desea recibir en el futuro, en particular para el momento en que no sea capaz por sí mismo de tomar decisiones”. Basado en el fundamento ético de respetar la autonomía del paciente y preservar ese derecho en situaciones de incompetencia.

También se refirió al sustento legal de las voluntades anticipadas. La Ley General de Sanidad (1986) recoge que la elección de terapia constituye un derecho del paciente y que el principio fundamental que preside el que un individuo se someta a un tratamiento sanitario es la voluntariedad. En el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo, 1997) se afirma que serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en disposición de expresar su voluntad.

Dr. Iñaki Saralegui,  
coordinador  
del Proyecto  
Voluntades  
Anticipadas en  
Euskadi.



La Ley Básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica incluye que todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; y que todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado (...) al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

En Navarra, está regulado en la Ley Foral 17/2010, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.

#### BENEFICIOS

Iñaki Saralegui expuso los beneficios que tienen para pacientes, profesionales sanitarios, familia y organizaciones. Para los pacientes: expresar sus valores y preferencias; participar en la toma de decisiones; conocer mejor su enfermedad; vivir el final de la vida en el lugar preferido; reduce pruebas inútiles; y aumenta, además, el uso de Cuidados Paliativos y la satisfacción con el trato recibido.

Para los profesionales sanitarios, los principales beneficios son que mejora la relación asistencial; el cuidado basado en la persona; identifica representantes; ayuda a tomar decisiones; disminuye el desgaste profesional; humaniza la profesión; y aporta seguridad ética y legal.

Para la familia, también hay beneficios: conocimiento de la enfermedad; el representante conoce su función; tiene tiempo para prepararse; disminuye la carga de la decisión; alivia el proceso de duelo; y satisfacción con el trato recibido.

Iñaki Saralegui también se refirió al Proyecto Bottom-up de Voluntades Anticipadas en Álava, Buenas prácticas en la Estrategia en Cuidados Paliativos de SNS (2015): “El objetivo era, por un lado, informar a los ciudadanos, y por otro, formar a los profesionales sanitarios (sesiones básicas, curso teórico-práctico, curso para facilitadores o referentes y formación por pares: participación en entrevistas)”. Expuso los resultados del programa de Voluntades Anticipadas en Álava: se realizaron 1700 entrevistas personales, la media de edad fue de 67 años, el 62% fueron mujeres, recibieron formación básica 1.050 profesionales sanitarios, y se registraron más de 1.000 documentos de Voluntades Anticipadas.

Para finalizar, destacó que en las voluntades anticipadas lo importante es hablar tanto con los pacientes como con las familias.

## En Navarra ya se puede tramitar en los centros de salud



El director general de Salud, Luis Gabilondo, y el director del servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantía, Lázaro Elizalde en la presentación del nuevo procedimiento para el registro del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) desde los centros de salud.

A partir del 21 de diciembre, el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) ya puede ser tramitado en todos los centros de salud de Navarra para su inscripción en el registro de voluntades anticipadas, así informaron en rueda de prensa el director general de Salud, Luis Gabilondo, y el director del servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías, Lázaro Elizalde.

Por ello, el Departamento de Salud ha desarrollado un nuevo procedimiento que trata de facilitar la accesibilidad y autonomía de las personas para ejercer este derecho legalmente reconocido e incrementar así el número de documentos presentados, tal y como se plantea en la Estrategia de Humanización de la Atención Sanitaria en el Sistema Público de Salud.

La inscripción del DVA en el registro, creado en 2003 ([Decreto Foral 140/2003](#)) es de carácter gratuito y hasta ahora podía realizarse por tres vías: firmando el documento ante notario, acudiendo a cualquier Registro General con tres testigos que confirmen la voluntariedad de la decisión, y también acudiendo al servicio de Ciudadanía Sanitaria del Departamento de Salud sin necesidad de testigos, lo que ya facilitaba los trámites.

A partir de ahora, además, se puede tramitar la inscripción en el registro en todos los centros de salud. Todas las personas podrán recibir asesoramiento y presentar su documento en el centro de salud de su barrio o localidad.

Para ello, los y las profesionales de Trabajo Social actuarán como referencia en cada centro, y mediante una solicitud de cita previa, cada persona interesada recibirá la asesoría adecuada y la ayuda necesaria para formalizar la presentación del DVA.

Desde ese momento, constará en la historia clínica del centro que dicha persona ha presentado el DVA y progresivamente se hará constar en la historia clínica hospitalaria.

### 5.333 PERSONAS HAN REGISTRADO YA SUS VOLUNTADES ANTICIPADAS

En Navarra, en la actualidad 5.333 personas han registrado oficialmente su Documento de Voluntades Anticipadas; de ellas, 3.418 son mujeres y 1.915 hombres. Por

cada hombre que deja constancia de su voluntad, lo hacen dos mujeres. Esta diferencia parece relacionarse con el papel de cuidadoras que tradicionalmente han desempeñado las mujeres, que hace que estén muy concienciadas con la necesidad y el derecho de que cada persona elija anticipadamente los cuidados y tratamientos terapéuticos que desea para sí en el caso de que sus circunstancias le impidan hacerlo.

Por edades, el mayor número de DVA corresponde a personas de 66 a 75 años, con 1.585, y de 56 a 65, con 1.454 de documentos.

### LAS INSTRUCCIONES MÁS COMUNES

Las posibles redacciones de las instrucciones a cumplir por el equipo sanitario son las siguientes:

- No prolongar inútilmente de manera artificial la vida mediante técnicas de soporte vital (ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial).
- Recibir los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y el dolor físico que ocasione la enfermedad.
- Recibir la asistencia necesaria para procurar una muerte digna, sin perjuicio de las decisiones tomadas.
- No recibir tratamientos complementarios y terapias no contrastadas que no demuestren efectividad o no sean útiles en el propósito de prolongar la vida.

Este es el modelo más utilizado, aunque cada persona puede redactar su propio documento o incluir otro tipo de indicaciones. No obstante, según la normativa, no se tendrán en cuenta las instrucciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico, a la buena práctica clínica, a la mejor evidencia científica disponible o las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlas.

Opcionalmente a la presentación del documento, puede nombrarse una persona representante para que actúe como interlocutora válida con el equipo sanitario.

### Protocolos de actuación frente a patologías tiempo-dependientes

Más de 100 profesionales de urgencias y emergencias se reunieron, en el Colegio de Médicos, para actualizar conocimientos en torno a las denominadas patologías tiempo-dependientes: PCR, ictus, infarto, trauma y sepsis.

Las enfermedades tiempo-dependientes suponen un importante porcentaje de los ingresos en urgencias de los centros sanitarios. A la hora de tratar una parada cardio-respiratoria, un infarto, un ictus, un traumatismo o una sepsis el tiempo es clave, motivo por el que desde hace años los servicios de urgencias de los hospitales trabajan con los conocidos como 'códigos', unos protocolos específicos que reducen los tiempos de espera y cuya rapidez en el tratamiento están logrando disminuir la alta mortalidad de estas patologías y las secuelas derivadas de estos problemas de salud.

Dada la importancia de estos códigos, los profesionales que trabajan en los distintos servicios que atienden a los pacientes necesitan de una actualización continua que permita, asimismo, intercambiar conocimientos y experiencias para mejorar en la reducción de los tiempos, aspecto clave en las urgencias y en estas enfermedades.

Por este motivo, durante los días 22 y 23 de noviembre, las XXIII Jornadas Navarras de Medicina de Urgencias y Emergencias reunieron a más de 100 profesionales de los servicios de Urgencias y Emergencias de toda Navarra con el objetivo de tratar los protocolos de actuación para su revisión y actualización permanente.

El Dr. Iñaki Santiago, presidente de SEMES-Navarra, explica que con los códigos se busca trabajar en equipo, de forma coordinada, basándonos en protocolos científicos reconocidos por los implicados en la asistencia y la comunidad científica y evitar, de esta forma, la duplicidad de acciones y retrasos innecesarios en las actuaciones con el paciente. En definitiva, tienen como única finalidad trabajar conjuntamente para el beneficio del paciente. En este sentido, el Dr. Iñaki Santiago subraya la impor-

tancia de actuar con rapidez ante la aparición de uno de estos cinco problemas de salud, pues de la rápida actuación depende la calidad de vida futura del paciente y que éste sobreviva.

El Dr. Tomás Belzunegui Otano, Subdirector Médico de Urgencias y Hospitalización del CHN, cerró las Jornadas con una conferencia sobre futuros códigos tiempo-dependientes en la atención a la emergencia, que se incorporarán a los actuales: código intoxicación aguda grave, código suicidio y código hemorragia digestiva, entre otros.

#### **Código PCR: por cada minuto de retraso en desfibrilar, la supervivencia se reduce del 7 al 10%**

El Dr. Diego Reyero Díez, coordinador técnico del protocolo y código de activación de la Atención a la Parada Cardíaca Extrahospitalaria y del Programa de Capacitación Ciudadana frente a la Urgencia Vital en Navarra, subrayó que la iniciación inmediata de la RCP puede duplicar o cuadruplicar la supervivencia tras la parada cardíaca. En concreto, la desfibrilación en los primeros 3-5 minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia tan altas como 50-70%.

Se estima que cada año se producen en España más de 24.000 muertes súbitas cardíacas, lo que equivale a una media de 100 muertes al día o una muerte cada 15 minutos, ocasionando 18 veces más fallecimientos que los accidentes de tráfico. Más del 80% de las paradas cardíacas (PCR) se producen en la calle, domicilios y centros laborales, lo que hace que los primeros intervinientes sean normalmente personal no sanitario (policías, bomberos, maestros, etc). En Navarra, según el Dr. Reyero, se producen unas 150 muertes al año, con una media de edad de 61,55.







Inauguración de las Jornadas con Iñaki Santiago, presidente de SEMES-Navarra y Rafa Teijeira, presidente del Colegio, en primer término.

La Fibrilación Ventricular es la responsable inicial de hasta el 25-50% de las paradas cardíacas extrahospitalarias, llegando al 76% cuando el ritmo es registrado justo después del colapso (DEA in situ). Concretamente, “por cada minuto de retraso en desfibrilar, la supervivencia se reduce del 7 al 10% y después de 10 minutos las posibilidades de sobrevivir son mínimas”, afirmó Diego Reyero.

Explicó que el “Código parada” es un sistema de activación de urgencia que permite la rápida identificación, atención, notificación y traslado del paciente que sufre una parada cardíaca a un centro de referencia especializado en aplicar cuidados postresucitación, normo-hipotermia, y/o el tratamiento de perfusión en caso de ECG con elevación persistente de ST (SCACEST o IAMEST) de forma segura y en el menor tiempo posible, y define la ubicación del paciente para el seguimiento inmediatamente posterior. Persigue los siguientes objetivos: reducir la mortalidad y la discapacidad ocasionada por la muerte súbita; mejorar la coordinación entre los profesionales implicados para conseguir la máxima rapidez, calidad de actuación y seguridad en el manejo del paciente; reducir los tiempos desde el inicio de síntomas hasta la detección y el inicio de maniobras de Soporte Vital Básico (incluyendo la desfibrilación temprana) y Soporte Vital Avanzado; monitorizar y evaluar de manera continua los resultados obtenidos, modificando en base a ellos este código y optimizar las estancias hospitalarias.

## Código ICTUS

El ictus es una patología cuya prevalencia va en aumento debido a la mayor expectativa de vida de la población y al aumento de los factores de riesgo cardiovascular.

Esta patología, que puede acarrear una gran invalidez y costes sociosanitarios, fue una de las primeras que demostraron que “el tiempo es cerebro” y, por tanto, fue precursora de las patologías tiempo-dependientes.

Se ha podido demostrar que la actuación temprana sobre estos pacientes en las primeras horas del comienzo de la clínica se asocia a un mejor pronóstico, consiguiendo en muchos casos la restitución neurológica total.

El conocimiento del código ictus por parte del personal que trabaja en urgencias y emergencias es primordial para minimizar sus posibles secuelas.

## Código INFARTO

La patología cardíaca ha visto incrementada su incidencia en la población general y, en concreto, la cardiopatía isquémica de forma muy llamativa. La rápida actuación ante un infarto agudo de miocardio permite aumentar la expectativa de vida y disminuir claramente las secuelas derivadas de la pérdida de funcionalidad cardíaca.

La aplicación del código infarto está permitiendo preservar el músculo cardíaco sano y, por tanto, reducir sus secuelas y gastos sociosanitarios.

El personal de urgencias y emergencias debe estar perfectamente capacitado para reconocer esta patología y activar tempranamente los mecanismos de atención extrahospitalarios y hospitalarios.

## Código POLITRAUMA

Aunque asistimos a un descenso en el número de accidentes graves por tráfico, el paciente politraumatizado sigue siendo de difícil manejo. Una rápida intervención ayuda a minimizar posteriores secuelas graves.

La celeridad en la atención permite evitar o disminuir la aparición de patologías secundarias al daño orgánico agudo que padecen estos pacientes.

## Código SEPSIS

Últimamente se ha objetivado la importancia de la detección y tratamiento precoz de los pacientes con sepsis, evidenciándose la buena respuesta y rápida recuperación de aquellos a los que se administra antibioterapia de forma temprana, antes de que transcurra una hora desde el diagnóstico de esta agresiva forma de infección.

# ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

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

En este número de Panacea se publican las que han tenido lugar durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2017.

Octubre	L, 2	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 9	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	J, 19	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 23	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	M, 24	Comité de Redacción Panacea.	Tesorero.
	J, 26	Reunión Vocalía Rural de la OMC (Madrid).	Vocal de Medicina Rural.
	L, 30	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.

Noviembre	J, 2	Recepción a los alumnos de Medicina.	Junta Directiva.
	L, 2	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 13	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 13	Reunión Sanidad Penitenciaria	C. Permanente y Consejería de Salud.
	V, 17	Clausura Jornadas Formativas de la namFYC.	Vicepresidencia.
	L, 20	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 20	Inauguración Jornadas SEMES.	Presidencia.
	L, 20	I Jornada de Cooperación y Voluntariado.	Presidencia, Vicep. y Of. de Coop.
	L, 27	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
	J, 30	Firma Acuerdo con Previsión Sanitaria Nacional.	Presidencia.

Diciembre	M, 5	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	L, 11	Comité de Dirección.	Comisión Permanente.
	M, 12	Fiesta anual Médicos Jubilados.	Presidencia y Vocal Jubilados.
	J, 14	Entrega premios Concurso de dibujos.	Vicepresidencia.
	L, 18	Reunión Junta Directiva.	Junta Directiva.
	L, 18	Entrega X Beca Dr. Ignacio Landecho.	Presidencia.
	J, 28	Presentación campaña "Azucarillos que salvan vidas".	Presidencia.

## El Colegio de Médicos

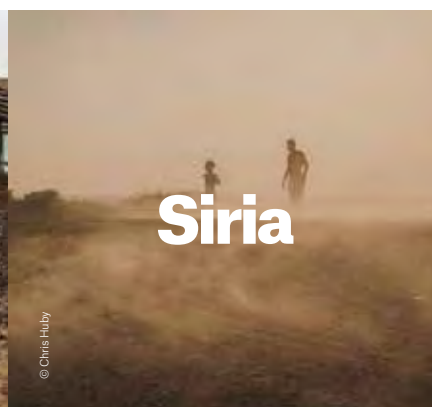
en las redes sociales.

¡Síguenos!

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

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

# Viajar es bueno para la salud



**Entra en [VolandoVa.com](http://VolandoVa.com) y reserva ya el viaje para tu ayuda médico-humanitaria:**

eliges destino, eliges aportación y tu colaboración llegará tan lejos como tú quieras. Así de fácil.

O, si lo prefieres, envía VOLANDOVA al 28033 y convertiremos cada SMS en ayuda que viajará donde más la necesiten.

No te pedimos que vengas. Te pedimos que nos lleves.

  
**VolandoVa.com**

*El primer portal de viajes  
en el que tú no viajas, tu ayuda sí*

  
**MEDICOS  
SIN FRONTERAS**

Donación íntegra del coste del mensaje, 1,20 €, a favor de Médicos Sin Fronteras (MSF). Servicio de SMS de tipo solidario operado por MSF, c/ Nou de la Rambla, 26, 08001 Barcelona. Atención al cliente: 900 81 85 01. Colaboran Movistar, Vodafone, Orange, Yoigo y Euskaltel. Información legal y protección de datos: [www.msf.es](http://www.msf.es)



# Diagnóstico y tratamiento de la **cefalea** en urgencias y consultas externas



■ **DR. PABLO IRIMIA.**

DEPARTAMENTO  
DE NEUROLOGÍA.  
CLÍNICA  
UNIVERSIDAD DE  
NAVARRA.

La cefalea es un síntoma que prácticamente todas las personas han experimentado en alguna ocasión. De hecho, las cefaleas primarias (migraña y cefalea tensional) ocupan los primeros lugares entre las enfermedades más prevalentes en nuestro medio. La migraña, además de ser una patología frecuente, es muy incapacitante y representa la segunda causa de discapacidad por enfermedades específicas en países occidentales. La cefalea es el motivo más frecuente en consulta de Neurología, pero también unos de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y Urgencias. Por todo ello, los médicos deben saber diferenciar las cefaleas primarias de las secundarias, conocer los tipos de cefalea primaria más frecuentes y manejar los fármacos más utilizados para su tratamiento tanto en urgencias como en consulta ambulatoria.

## ¿Cómo se realiza el diagnóstico de los diferentes tipos de cefalea?

La anamnesis es la clave para el diagnóstico de las cefaleas. Debe definirse la duración del dolor, su localización, las características (pulsátil, opresivo, lancinante), la presencia de síntomas acompañantes como náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y al ruido, o sintomatología autonómica (lagrimeo, ojo rojo, rino-rrea o caída del párpado en el lado del dolor), y establecer si el dolor empeora o no con la actividad física de rutina. Existen una serie de criterios clínicos (recogidos en la Clasificación Internacional de cefaleas) en los que se basa el diagnóstico de los diferentes tipos de cefaleas. Por tanto, el médico que atiende a un paciente con cefalea debe dedicar un 80% del tiempo a la anamnesis, y solo un 20% a la exploración física.

Los criterios de clasificación de la migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos, principales cefaleas primarias, se recogen en las Tablas 1-3. Para diferenciar migraña y cefalea tensional debe recordarse que la migraña suele afectar a un lado de la cabeza, puede acompañarse de vómitos y empeora con la actividad física, mientras que la cefalea tensional no suele tener ninguno de estos rasgos. Las crisis de cefalea en racimos tienen una duración muy breve (menor de 3 horas), siendo el dolor siempre del mismo lado, y acompañado de inquietud o agitación lo que provoca que el paciente esté moviéndose todo el tiempo que duran los ataques, un comportamiento que no ocurre en el paciente migrañoso.

Una de las mayores preocupaciones del clínico que atiende un paciente con cefalea es cómo poder diferenciar con certeza si se trata de una cefalea primaria o secundaria. Los pacientes atendidos en la consulta

externa padecerán mayoritariamente (en el 95% de los casos) cefaleas primarias, mientras que en urgencias el porcentaje de pacientes con cefaleas secundarias puede alcanzar un 30%. Existen una serie de factores, denominados síntomas-signos de alarma (Tabla 4), dependientes de la edad del paciente, sus antecedentes personales o las características del dolor que incrementan la posibilidad de que el paciente pueda padecer una cefalea secundaria y obliga a realizar exploraciones complementarias. La edad superior a 50 años, el dolor de inicio súbito (alcanzando el pico máximo de dolor en menos de 1 minuto) y las alteraciones en la exploración neurológica constituyen los principales síntomas-signos de alarma. El algoritmo de diagnóstico de la cefalea en urgencias se describe en la figura 1.

En pacientes mayores de 50 años con cefalea de inicio reciente, es obligatorio solicitar una analítica sanguínea para determinar la velocidad de sedimentación globular (VSG) y excluir la posibilidad de una arteritis temporal. Habitualmente, no son necesarias otras determinaciones analíticas salvo que se sospeche alguna enfermedad específica, un proceso infeccioso, o que el paciente que acuda a urgencias esté muy deshidratado.

La necesidad de solicitar exploraciones de imagen cerebral (TAC o Resonancia Magnética) en pacientes con cefalea está basada en la presencia de síntomas-signos de alarma. La principal indicación de solicitar un TAC cerebral en urgencias es para descartar una hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosa ante la aparición de una cefalea de inicio súbito, o cuando existen alteraciones

en la exploración neurológica que sugieran una lesión intracraneal. Los pacientes en los que se sospeche una cefalea primaria pero que no responden adecuadamente al tratamiento deben ser reevaluados por si es necesario realizar exploraciones para excluir causas secundarias. La RM se solicita habitualmente desde la consulta externa cuando se sospechan patologías específicas o en determinados tipos de cefalea como la cefalea en racimos y la neuralgia del trigémino.

No tiene ninguna utilidad la solicitud de radiografías de cráneo o electroencefalograma, ni siquiera con el fin de tranquilizar al paciente.

Como normal general, en un paciente que padece cefaleas de forma habitual, cuyo dolor se ajusta a un patrón de cefalea primaria, en ausencia de alteraciones en la exploración física y neurológica y sin signos de alarma, no es necesario solicitar ninguna exploración complementaria.

**“LA CEFALEA  
ES EL  
MOTIVO MÁS  
FRECUENTE EN  
CONSULTA DE  
NEUROLOGÍA,  
PERO TAMBIÉN  
EN ATENCIÓN  
PRIMARIA Y  
URGENCIAS”**

## Tratamiento de la cefalea en urgencias y consultas externas

### Cefalea en urgencias

El paciente que acude al servicio de urgencias habitualmente lo hace por una cefalea que se ha iniciado recientemente (primera crisis de cefalea) o porque padece una cefalea de forma habitual (la más frecuente la migraña) que no ha sido capaz de controlar. Una vez que se han excluido causas secundarias, debe tratarse el dolor, las náuseas y vómitos y la deshidratación. Es preferible utilizar la vía intravenosa para obtener un beneficio rápido, corregir la posible deshidratación y disponer de una vía de administración que permita administrar tratamientos de forma secuencial en caso de que el primer fármaco no sea eficaz.

La mayorías de las guías de tratamiento de la cefalea en urgencias

recomiendan, como primera elección en urgencias, el uso del antiinflamatorio (AINE) ketorolaco a dosis de 30 mg por vía intravenosa (iv), siempre que no exista contraindicación y en muchos casos puede ser necesario combinarlo con antieméticos, preferentemente metoclopramida (porque además tiene efecto analgésico). Pueden utilizarse otros AINEs como dexketoprofeno 25 mg, paracetamol 1 gramo (primera elección en embarazadas) o metamizol. Los mórficos o tramadol podrían utilizarse, aunque pueden favorecer la aparición de náuseas. En los pacientes que no mejoren al tratamiento inicial, y específicamente en aquellas personas que padezcan migraña de larga evolución o estado migrañoso, puede valorarse el uso de esteroides (dexametasona iv a dosis entre 8-12 mg).

Una vez resuelta la crisis que motivó la consulta de urgencias el paciente debe recibir indicaciones para tratar los futuros ataques de cefalea y establecer un seguimiento en consulta externa.

La derivación de pacientes a Neurología se realizará en pacientes con dificultades diagnósticas, crisis muy frecuentes, aura migrañosa compleja, cefalea en racimos o neuralgias faciales.

### Cefalea en consultas externas

La mayoría de los pacientes que acuden a consulta ambulatoria por cefalea padecerán migraña y, en mucha menor proporción, cefalea tensional o cefalea en racimos. En la migraña se recomienda tratamiento con AINEs orales (Naproxeno 550 mg, Ibuprofeno 600 mg, dexketoprofeno 25 mg) cuando el dolor es de inten-

sidad moderada, y cuando la intensidad es grave e incapacitante o el paciente no responde a AINEs se utilizan fármacos vasoconstrictores denominados de forma genérica triptanes. El tratamiento debe iniciarse de forma precoz, cuando el dolor todavía es leve. Los triptanes son fármacos muy eficaces para las crisis de migraña (no en la cefalea tensional), pero debe recordarse que están contraindicados en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus o hipertensión mal controlada. Se aconseja utilizar preferentemente la vía oral, pero existen triptanes inyectables (sumatriptán subcutáneo) o inhalados (sumatriptán o zolmitriptán) que se reservan para aquellos paciente con náuseas y vómitos desde el inicio de la crisis que impiden el uso de la vía oral. Los analgésicos que se recomiendan en pacientes con cefalea tensional son AINEs y paracetamol.

En aquellos pacientes que padezcan crisis de cefalea frecuentes, además del tratamiento del dolor, se debe prescribir tratamiento preventivo. Los fármacos preventivos se prescriben a pacientes que tengan al menos 3 crisis mensuales para reducir la frecuencia y la intensidad de los episodios. Deben tomarse a diario durante periodos variables de tiempo (en general entre 3-6 meses) y para su elección se deben considerar las comorbilidades del paciente y los posibles efectos secundarios. La amitriptilina puede utilizarse tanto en migraña como en cefalea tensional, mientras que los betabloqueantes, topiramato, candesartán y flunaricina son fármacos preventivos específicos de la migraña. La onabotulinumtoxinA o Botox® puede utilizarse en la migraña, pero únicamente en las formas crónicas.

**“EL MÉDICO QUE ATIENDE A UN PACIENTE CON CEFALEA DEBE DEDICAR UN 80% DEL TIEMPO A LA ANAMNESIS, Y SOLO UN 20% A LA EXPLORACIÓN FÍSICA”**



*El Dr. Pablo Irimia impartió una de las sesiones del II Ciclo Salud de los pies a la cabeza, organizado por el Colegio de Médicos y Mutua Navarra.*



La cefalea en racimos se trata también con triptanes, pero se utilizan aquellos que inician su acción de forma más rápida (sumatriptán subcutáneo o inhalado y zolmitriptán inhalado) teniendo en cuenta que el dolor alcanza su máxima intensidad un pocos minutos y tiene una duración breve. El oxígeno al 100% (usando mascarilla con reservorio), a más de 12 litros minuto durante unos 15 minutos también es eficaz para las crisis de cefalea en racimos. Entre los fármacos preventivos más utilizados destacan verapamilo, topiramato y litio. El uso de esteroides en ciclos cortos puede utilizarse para obtener un beneficio rápido mientras el fármaco preventivo no inicia su efecto.

La neuralgia trigeminal se caracteriza por crisis de dolor de segundos de duración en el territorio del nervio trigémino, que se desencadenan con el tacto sobre la zona, al tragar o lavarse los dientes. Los tratamientos más utilizados son la carbamacepina, oxcarbamacepina, topiramato o lamotrigina. Otras posibilidades incluyen eslicarbecapina o pregabalina. En pacientes que no responden al tratamiento médico debe valorarse las opciones de cirugía, como la descompresión microvascular, que tienen una gran eficacia.

### Conclusión

La cefalea es un problema de salud frecuente y discapacitante. La migraña es el subtipo de cefalea más habitual en la práctica clínica. El diagnóstico de las cefaleas está basado en criterios clínicos y es la clave para recomendar el tratamiento más adecuado. Para mayor información se recomienda revisar la Guía oficial de Práctica Clínica en Cefaleas 2015, que forma parte de las Guías Diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología.

**“COMO NORMAL GENERAL, EN UN  
PACIENTE QUE PADECE CEFALÉAS  
DE FORMA HABITUAL, CUYO  
DOLOR SE AJUSTA A UN PATRÓN DE  
CEFALEA PRIMARIA, EN AUSENCIA DE  
ALTERACIONES EN LA EXPLORACIÓN  
FÍSICA Y NEUROLÓGICA Y SIN SIGNOS  
DE ALARMA, NO ES NECESARIO  
SOLICITAR NINGUNA EXPLORACIÓN  
COMPLEMENTARIA ”**

**TABLA 1 | CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA.**

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito).
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
  - 1. Localización unilateral.
  - 2. Carácter pulsátil.
  - 3. Dolor de intensidad moderada o severa.
  - 4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (caminar o subir escaleras).
- D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
  - 1. Náuseas y/o vómitos.
  - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

**TABLA 2 | CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE CEFALEA TENSIONAL.**

- A. Al menos 10 episodios de cefalea que cumplen los criterios B-D.
- B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
  - 1. Localización bilateral.
  - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
  - 3. Intensidad leve o moderada.
  - 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.
- D. Ambas características siguientes:
  - 1. Sin náuseas ni vómitos.
  - 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

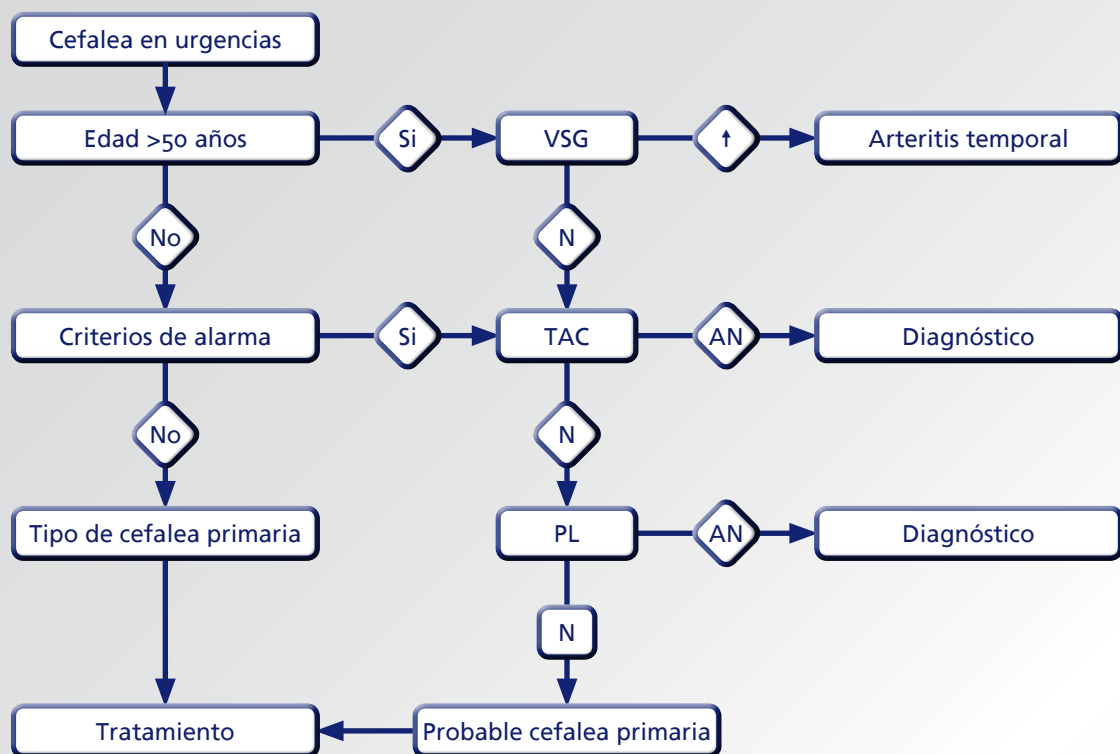
**TABLA 3 | CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE CEFALEA EN RACIMOS.**

- A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Dolor de unilateral de intensidad severa o muy severa en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento.
- C. Cualquiera o los dos los siguientes:
  - 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea:
    - a) Inyección conjuntival y/o lagrimeo.
    - b) Congestión nasal y/o rinorrea.
    - c) Edema palpebral.
    - d) Sudoración frontal y facial.
    - e) Rubefacción frontal y facial.
    - f) Sensación de taponamiento en los oídos.
    - g) Miosis y/o ptosis.
  - 2. Inquietud o agitación.
- D. La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día durante más de la mitad del tiempo que el trastorno está activo.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

**TABLA 4 | SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA.**

- Paciente mayor de 50 años.
- Antecedentes de neoplasia o inmunosupresión.
- Inicio brusco o explosivo.
- Falta de respuesta a tratamientos efectivos.
- Dolor que cambia de características sin causa.
- Cefalea y fiebre sin foco.
- Vómitos no explicables por la cefalea.
- Cefalea de predominio nocturno.
- Alteraciones en la exploración neurológica.
- Cefalea y trastorno de conducta.
- Cefalea y crisis epilépticas.

**Figura 1 | ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE LA CEFALEA EN URGENCIAS.**



AN: Anormal  
N: Normal  
PL: Punción Lumbar



# PACIENTES



**ANPHEB**

**Asociación Navarra de  
Espina Bífida e Hidrocefalia**

C/ Nuestra Señora de Aránzazu 2,  
Berriozar (Navarra)  
Teléfono: 948 07 44 01  
Web: [www.anpheb.es](http://www.anpheb.es)

La Asociación Navarra de Espina Bífida e Hidrocefalia es una Organización No Lucrativa, que nació en 1991, cuando un grupo de madres y padres cuyos hij@s estaban afectados de espina bífida, comienzan a reunirse para defender los derechos de sus hij@s. La finalidad es la protección en todos sus aspectos de las personas nacidas con espina bífida y/o hidrocefalia o afines, fomentando y perfeccionando el nivel asistencial, educativo, laboral y social de dichas personas. A través de diversos programas y actividades, se trata de cubrir necesidades e intereses, siendo una plataforma reivindicativa de sus derechos.

Se prestan servicios de:

- Asesoramiento y atención,
- Servicio de psicopedagogía,
- Aula de atención temprana y estimulación multisensorial,
- Psicología,
- Musicoterapia,
- Fisioterapia,
- Terapia asistida con perros,
- Equinoterapia.



En el servicio de psicopedagogía se realiza la evaluación y diagnóstico psicopedagógico de las necesidades y capacidades de los niñ@s, realizando un proyecto individual teniendo en cuenta las características particulares de cada niño o niña.



El Aula de Atención Temprana y Estimulación Multi-sensorial es un lugar interactivo para estimular los diferentes sentidos y fomentar una adecuada comunicación personal y una interacción con el entorno, ayudando con ello a un correcto desarrollo corporal y mental.

En el servicio de fisioterapia el tratamiento es individual, según las características de la persona afectada. Se trata de mantener una condición física optimizada para alcanzar un buen nivel de funcionalidad y autonomía, y que no limite a la larga la independencia en la edad adulta.



la vez que motivados por el ritmo desarrollamos la capacidad motora.

En el servicio de psicología se trata de dar una atención psicológica individualizada, para tratar las dificultades psicosociales en la que la persona puede verse inmersa, propiciando un desarrollo y crecimiento integral. Con la atención psicológica grupal, el grupo hace de apoyo, sostén y ayuda dirigido por la psicóloga.

El taller de musicoterapia con percusión se realiza con un grupo infantil y otro de adultos. La idea de la musicoterapia es utilizar la música, la percusión para expresar y comunicar a



“Se necesita una atención sanitaria integral y un estudio multidisciplinar, con la creación de una Unidad interdisciplinar en el Complejo Hospitalario de Navarra y una coordinación de la red de centros de referencia”

En la actividad de terapia asistida con perros, la relación con el animal puede abrir un cauce de comunicación emocional seguro, entre el terapeuta y el niño o adulto con espina bífida. Disminuyendo la ansiedad y estrés, mejorando el estado de ánimo.

Desde la Asociación se da la actividad de equinoterapia; aprender a montar un caballo requiere equilibrio y coordinación, ayudando a desarrollar tono muscular. Es una actividad de toma de decisiones y resolución de problemas. Mejora la autoestima, el autocontrol de las emociones y la confianza en uno mismo.

Los profesionales que trabajan en la asociación hacen un trabajo multidisciplinar y de coordinación con los demás profesionales que interactúan en la educación del o la menor.

Todos los años celebramos el 21 de Noviembre, el día Nacional de la Espina Bífida, haciendo actividades de sensibilización a la población. Poniendo stands, haciendo alguna entrevista, tanto en prensa escrita como en radio, etc. Y semestralmente un encuentro entre las familias.

Dicen que casi todo en la vida, tiene solución, menos la muerte, pero no es menos cierto que hay que enfrentar con seriedad, rigor y responsabilidad, pero sin lástima ni compasión, el hecho de que las personas con espina bífida se enfrentan a un mundo reducido y distinto de oportunidades y, por tanto, de éxito. Aún cuando sabemos que de nosotros depende, de nuestra voluntad y deseos de superación, igualmente debemos considerar que nuestra sociedad no es del todo apta para ofrecer opciones incluyentes.

Una parte importante para que ello cambie, es que cambie la propia mentalidad de que una enfermedad crónica es aquella que se extiende en el tiempo, aún cuando unas sean más graves que otras.



## Demandas sociosanitarias

Escribimos, a continuación, algunas reflexiones con el propósito de ayudar a comprender cuestiones que necesitamos a nivel sociosanitario para ayudar en la vida diaria a estos pacientes.

Tratar esta patología como crónica facilitaría la dispensación gratuita de material sanitario y ortoprotésico preciso. Se necesita una atención sanitaria integral y un estudio multidisciplinar, con la creación de una Unidad interdisciplinar en el Complejo Hospitalario de Navarra y una coordinación de la red de centros de referencia. La atención sanitaria que se necesita exige la participación de traumatólogos, neurocirujanos, neurólogos, fisioterapeutas, urólogos, psicólogos, etc., que permitan abordar las diferentes secuelas que se generan, incidiendo directamente en la calidad de vida, en su integración, social y laboral. Las propias idas y venidas a los hospitales, junto a las muchas intervenciones que existen en muchos casos en estos pacientes, derivan en la edad infantil en una pérdida del ritmo de estudio y aprendizaje. Con todo lo que supone a los padres en permisos de trabajo y de tiempo.

Una vez que llega a la edad adulta y al mercado laboral supone tiempo de permisos en algunos casos insuficientes, teniendo que gastar horas de sus vacaciones. Por todo ello, hablamos de la necesaria coordinación entre especialistas, para reducir las idas y venidas al hospital y que no se repitan pruebas médicas, reduciendo en el paciente radiación, contraste, etc...

Prevención en la alergia al látex en las personas con espina bífida. Pedimos que todos los productos lleven indicación de su composición, sobre todo los destinados a la infancia y juventud.

Necesitamos un tratamiento continuo, que abarque desde la atención farmacéutica hasta el material ortopédico, pero no somos considerados como crónicos como en otras autonomías. Esas necesidades farmacéuticas y ortopédicas, son eso NECESIDADES. A las personas afectadas les ayudan a mejorar su calidad de vida y al sistema de salud le ayudan porque con su utilización correcta y bajo prescripción médica, PREVENIMOS males mayores (operaciones, tratamientos más costosos, diálisis e incluso trasplantes de riñón...) en el futuro. Esa inversión que se hace ahora, ahorra costes, teniendo en cuenta que no somos muchos los afectados.





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

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

### Charla informativa sobre los Cursos Escolares de Secundaria y Bachiller en Canadá



El pasado 22 de noviembre, Clen College organizó una charla informativa sobre los Cursos Escolares de Secundaria y Bachiller en Canadá.

En el acto, que fue presentado por el gerente de Clen College, Alfonso Larráyo, participaron Dawn Lee Swinamer, Program Manager en Annapolis Valley, uno de los boards de Nova Scotia, y Jorge Blanco, director de Año y Trimestre Académico y Cursos para Adultos, en Language Kingdom. Entre las responsabilidades de Dawn Lee Swinamer está el trato con los colegios y la organización de los estudiantes de su board. De hecho, es un apoyo interesante porque vive el día a día de los estudiantes internacionales en Canadá.

Estos expertos hablaron sobre la educación en Canadá y los programas de estudio para alumnos y alumnas españoles.

Jóvenes  
verano

Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 horas.

#### Curso escolar en Irlanda

1 trimestre  
académico

Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 h. + 6 . de clases particulares.

2 trimestres  
académico

Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 h. + 8 clases particulares.

1 curso  
académico

Curso de conversación de verano para adolescentes, 20 h. + 10 h. de clases particulares.

#### Cursos para adultos

Dos o tres  
semanas

Curso intensivo de verano para adultos de 20 h.

A partir de 4  
semanas

Curso intensivo de verano para adultos de 40 h.

Inglés para  
médicos

Curso intensivo de verano para adultos de 20 h.

Inglés para  
profesionales

Curso intensivo de verano para adultos de 20 h.

Curso para  
familias

Curso de conversación de verano para adolescentes de 20 horas + curso intensivo de adultos de 20 h..

#### Oferta colegiados:

Con cada viaje, un curso gratuito para jóvenes o adultos. (Consulta el folleto y la oferta a los colegiados que se adjunta con la revista).

Para cualquier consulta, no duden en contactar con nosotros.

Persona de contacto  
Teléfono  
Correo-e

Susana Heras  
948 17 23 91  
viajeseextranjero@clencollege.com



## Información exámenes Cambridge marzo 2018

Examen	Tasas examen	Fecha examen	Periodo de matriculación
PET	90 €	Sábado, 17 de marzo de 2018	Del 5 al 11 de febrero de 2018
FCE	165 €	Sábado, 10 de marzo de 2018	Del 29 de enero al 4 de febrero de 2018
CAE	185 €	Sábado, 17 de marzo de 2018	Del 5 al 11 de febrero de 2018
CPE	205 €	Sábado, 10 de marzo de 2018	del 29 de enero al 4 de febrero de 2018

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".  
No se tendrán en cuenta las inscripciones realizadas antes del plazo de inscripción señalado.  
Las inscripciones realizadas después de dicho plazo tendrán un recargo de 30 €.

Examen	Fechas	Horarios	Lugar	Precios
PET	09/01 al 15/03	M, Mx, J 10:00 - 12:00 h.	Rochapea	485 €
FCE	09/01 al 08/03	M, Mx, J 10:10 - 12:10 h.		
CAE	08/01 al 15/03	L, M, Mx 10:00 - 12:00 h.		
CPE	09/01 al 08/03	M, Mx y J 10:00 - 12:00 h.		
PET	12/01 al 09/03	V 17:00 - 20:30 h.	Rochapea	365 €
FCE	12/01 al 02/03			
CAE	12/01 al 09/03			
CPE	12/01 al 02/03			

**15% de  
descuento  
para Médicos  
e hijos.**

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:

Importante: Realizar la inscripción una vez confirmada tu admisión en el curso, os enviaremos un email con las instrucciones justo antes de comenzar. (Dependerá del nivel obtenido en la prueba).

La inscripción es online, debes pinchar en el siguiente enlace: <http://clencollege.com/formulario-de-inscripcion/#>

Marcar en tipo de servicio: "Inscripción intensivo cambridge" (cuando os avisemos que se puede realizar).

No se admiten bajas una vez comenzado el curso.

f CLLEN COLLEGE - ih  
Pamplona

t @CLLENCollegeih

Web: [www.clencollege.com](http://www.clencollege.com)  
Email: [recepcion@clencollege.com](mailto:recepcion@clencollege.com)  
Tlfno: 948 17 23 91

# ¿Faltan médicos o sobra gestión tosca del personal?



■ DR.  
**JUAN  
SIMÓ**

MÉDICO DE  
FAMILIA,  
CENTRO  
DE SALUD  
ROCHAPEA  
(PAMPLONA).

Si algo se ha gestionado mal durante años ha sido la decisión de cuántos médicos formar en nuestras facultades, cuántos especialistas formar en el MIR y cuántas plazas del Sistema Nacional de Salud (SNS) cubrir mediante oposiciones periódicas. Quienes peinamos canas recordamos aquella "bolsa" de 20.000 médicos parados de los años 80 de la que algunos, todavía hoy en activo, formamos parte. Esta sobreabundancia de médicos, este "petróleo barato", hizo que la administración sanitaria se acostumbrara a una gestión del personal como si de cualquier recurso se tratara y no de profesionales cualificados.

La sanidad pública, principal contratador, ofrecía los peores puestos, condiciones laborales y remuneraciones, precisamente, a esta "bolsa" de médicos pues el balance entre oferta y demanda le era favorable. Ese "petróleo barato" fue por entonces, y por muchos años, el verdadero combustible del SNS. Este acostumbramiento se insertó con los años en el genoma del sistema y se convirtió en una auténtica adicción, difícil de revertir por la tan placentera, facilona y, a la vez, tosca gestión del personal que permitía: *"lo tomas o lo dejas, pero esto es lo que hay: si no lo coges tu, lo hará otro..."*.


Así se funcionó durante años hasta que hace diez se encendieron algunas alarmas ante la dificultad de "encontrar" médicos. Pero no faltaban médicos, lo que empezó a faltar fue el "petróleo barato". Una parte de aquella "bolsa" se jubiló tras ejercer su profesión. Pero otra parte, no despreciable, la abandonó al no conseguir nunca una estabilidad laboral mínimamente digna. Solo hay que recordar el continuado desequilibrio entre los miles de licenciados por año y el reducido número de plazas MIR ofertadas desde finales de los 70 hasta los primeros años 90. Las señales de alarma eran solo síntomas de "dependencia" ante un adictivo "petróleo barato" que empezaba a escasear. La tosca gestión del personal empezaba a fallar, no se "encontraban" médicos y devino arcaica. Se presagiaba un "síndrome de abstinencia" en toda regla. Esto ocurría cinco años después

de que la prensa general (1) y especializada (2) ya hablara de la emigración de los médicos españoles, y cuatro años después de que una revista médica especializada publicara un artículo titulado *"Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura"* (3).

## "Síndrome de abstinencia"

Ante el amenazante "síndrome de abstinencia", los responsables políticos tomaron varias decisiones. Se convalidaron títulos a miles de médicos extranjeros, sobre todo latinoamericanos y del este europeo, que empezaron a ejercer en nuestra sanidad. Se hablaba de "déficit de médicos" pero la emigración de los galenos españoles iba a más (4). Empezó una sustitución: médicos extranjeros venían a España con el objetivo de mejorar sus condiciones laborales y los españoles emigraban por el mismo motivo. No hay problema, se decía, es lo normal en un mercado abierto. Además, se amplió el cupo de extranjeros en el MIR (5) e, incluso, directivos sanitarios autonómicos viajaron repetidamente a países del este europeo a «fichar» médicos (6).

Pero esto no fue suficiente para un sistema adicto a una "droga" que ya escaseaba. Para disponer nuevamente de "petróleo barato" se decidió en 2007 incrementar un 40% la "producción" de médicos. Se aumentó el número de admitidos por facultad y, sobre todo, el número de facultades. En pocos años, se pasó de 4.000 a



7.000 licenciados por año. Tan adictiva era la "droga" que poco importó dilapidar dinero público en formar a miles de licenciados y especialistas que luego tendrían que emigrar. Lo importante era disponer nuevamente de combustible barato para que la gestión del personal funcionara "como siempre". Para cerrar el círculo se precisaba, además, mucha temporalidad. Y así, durante muchos años apenas se convocaron oposiciones, no por crisis económica como ahora sino por pura estrategia. Aquello reventó a mitad de la primera década de este siglo con una oposición extraordinaria, como la que ahora se anuncia, y que apenas redujo la temporalidad.

Los datos actuales amenazan con un fuerte déficit de médicos que se desencadenará en los próximos años por la jubilación de gran parte de una plantilla médica pública muy envejecida, consecuencia de los despidos (afectaron más a los jóvenes) y la práctica ausencia de oposiciones durante los casi diez años que llevamos de crisis (7). La distribución del número de médicos colegiados en 2016 por tramos de edad y sexo, jubilados y no jubilados, no difiere demasiado en Navarra respecto del conjunto nacional según el INE (8) (Figura 1 y Tabla), por lo que las consecuencias de las próximas jubilaciones de médicos en la sanidad pública no serán muy distintas. Destaca una mayor tasa de médicos colegiados jubilados y no jubilados en Navarra, algo que en parte podría estar relacionado con la presencia de la CUN y que en los no jubilados ocurre, al menos, desde 2004 (Figura 2). También, una mayor feminización del colectivo médico navarro, algo que podría indicar un menor envejecimiento de éste respecto del nacional.

La precariedad laboral ha ido en aumento en la sanidad y desde hace algunos años es incluso mayor en la pública que en la privada (9). Ante

este panorama nuestros médicos emigran, especialmente los más jóvenes. Durante los últimos tiempos lo han hecho más de 3.000 cada año (10). Es decir, se van del país esos 3.000 médicos de más, respecto de los 4.000 que se licenciaban cada año hace una década. El intento de disponer de "petróleo barato" con ese incremento del 40% de licenciados decidido en 2007 ha fracasado y se ha gastado dinero público en formar talento que luego emigra. Con los datos disponibles (10, 11, 12), se puede estimar en unos 3.200 millones de euros el coste de la formación (universitaria y especializada) de los 15.000 médicos españoles que han emigrado entre 2011 y 2016.

#### ¿Qué ha fallado?

El intento de fabricar "petróleo barato" no ha funcionado porque las fronteras son hoy más permeables que nunca. Y además, nuestros licenciados y jóvenes especialistas terminan muy bien preparados en lo suyo y en idiomas. ¿Cómo explicarán este fracaso los responsables políticos que decidieron lo que decidieron? ¿Qué les van a decir ahora a todos esos licenciados (miles) que durante muchos años no pudieron acceder a una especialidad porque se ofertaron insuficientes plazas MIR? ¿Qué les van a decir ahora a todos esos jóvenes (miles) que pretendieron estudiar Medicina y cuya nota media (elevada, por cierto) de bachiller y selectividad no superaba por pocas centésimas el más elevado corte del "numerus clausus"? ¿Qué les van a decir a esos médicos que empezaron a emigrar hace 15 años y cuyo número no ha hecho más que aumentar hasta hoy?

Que los médicos españoles empezaran a emigrar hace ya 15 años por la precariedad laboral confirma que ya entonces no fallaba la "producción". Lo mismo indica el hecho de que, al

*“La administración sanitaria, que jamás se preocupó por esto al haber nadado en la sobreabundancia de médicos durante muchos años, ha sido incapaz de cambiar hasta la fecha su tosca y arcaica gestión del personal”*

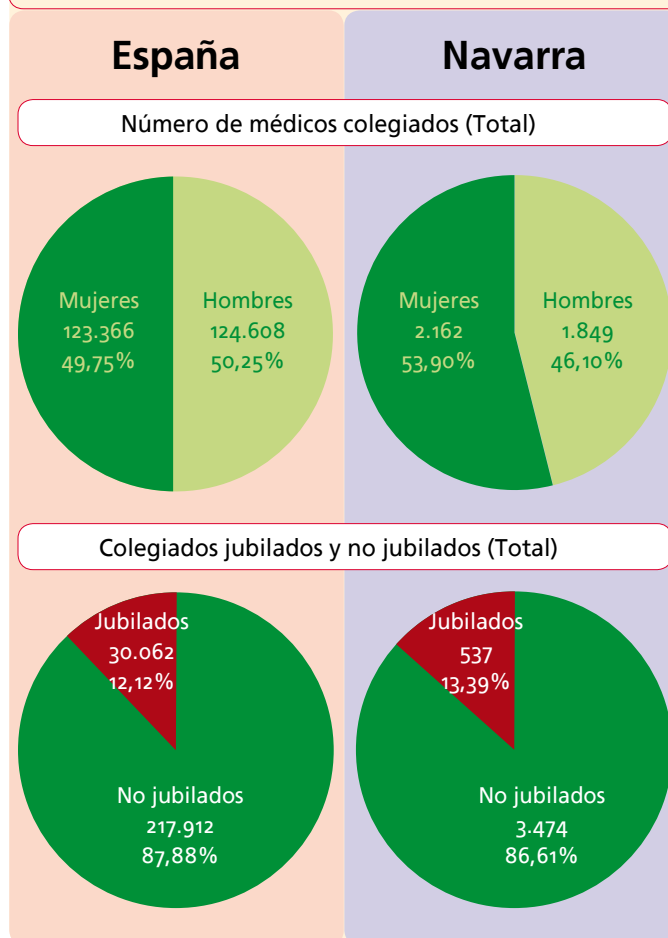
tiempo que se “importaban” médicos extranjeros y se aumentaba la “producción” de licenciados, aumentara también la emigración de nuestros médicos hasta superar los 3.000 por año, justo el incremento de “producción” decidido hace 10 años. Lo que ha fallado ha sido la capacidad para retenerlos mediante unas condiciones laborales aceptables. Pero, claro, esto de “retener” a un profesional cualificado que ha precisado entre 10 y 11 años de formación, le suena a chino a una administración sanitaria que jamás se preocupó por esto al haber nadado en la sobreabundancia de médicos durante muchos años. Por ello, ha sido incapaz de cambiar hasta la fecha su tosca y arcaica gestión del personal. ¿Lo hará esta vez o se aumentará de nuevo todavía más la “producción”? Es posible que se opte por esto último. Si así fuera, tal decisión rozaría la malversación de caudales públicos a la vista de la evolución creciente desde 2004 de la tasa de médicos no jubilados colegiados en España (Figura 2) y de los resultados del aumento del 40% de licenciados decidido hace 10 años.



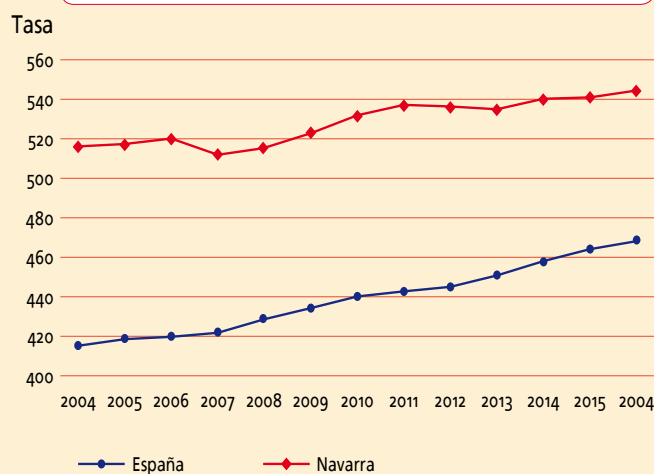
## Referencias bibliográficas:

1. Cerdá H. La emigración de las batas blancas. EL PAÍS, 3-12-2002. Disponible en: [https://elpais.com/diario/2002/12/03/salud/1038870001\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2002/12/03/salud/1038870001_850215.html)
2. Lauzirika N. Salir del país para ejercer la profesión. Informes y gestión. El Médico 2002; 810:56-63.
3. Sánchez Sagrado T. Médicos españoles en Europa: la emigración como solución a los contratos basura. Aten Primaria. 2003;32:223-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-medicos-espanoles-europa-emigracion-como-13051018>
4. Sánchez León A. La emigración del médico crece a pesar del déficit. Diario Médico, 22-05-2009. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2009/05/22/area-profesional/profesion/emigracion-medico-crece-a-pesar-deficit>
5. Javier Sevillano. El coladero de extranjeros en el MIR. Disponible en: <https://javiersevillano.es/ColaderoMIR.htm>
6. España ficha a cientos de médicos polacos ante la falta de aspirantes. EL PAÍS, 20-01-2006. Disponible en: [https://elpais.com/diario/2006/01/20/sociedad/1137711603\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2006/01/20/sociedad/1137711603_850215.html)
7. Ramírez de Castro N. Médicos españoles, mayores y sin recambio. ABC, 7-11-2017. Disponible en: [http://www.abc.es/sociedad/abci-medicos-espanoles-mayores-y-sin-recambio-201711072215\\_noticia.html](http://www.abc.es/sociedad/abci-medicos-espanoles-mayores-y-sin-recambio-201711072215_noticia.html)
8. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. INE. Disponible aquí: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176781&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=resultados&idp=1254735573175)
9. Simó J. Mayor temporalidad en la sanidad pública que en la privada: la vergüenza del sistema. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria; 12-03-2016. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/03/mayor-temporalidad-en-la-sanidad.html>
10. Los certificados a médicos para salir fuera de España expedidos por la OMC aumentan un 20%. Médicos y Pacientes, 12-04-2017. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/los-certificados-medicos-para-salir-fuera-de-espana-expedidos-por-la-omc-aumentan-un-20>
11. Asenjo M. El coste de formar a un médico en España supera los 60.000 euros. ABC, 6-3-2009. Disponible en: <http://www.abc.es/20090306/nacional-sociedad/coste-formar-medico-espana-20090306.html>
12. Ortega E. España invierte entre 146.919 y 182.914 euros en formar a cada MIR. Redacción Médica, 26-11-2017. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/espana-invierte-entre-146-919-y-182-914-euros-en-formar-a-cada-mir-8509>

## Tabla: Médicos colegiados en



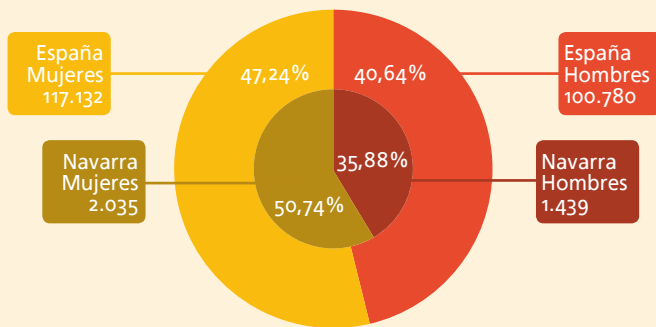
Tasa de médicos colegiados no jubilados\*  
España y Navarra, 2004-2016



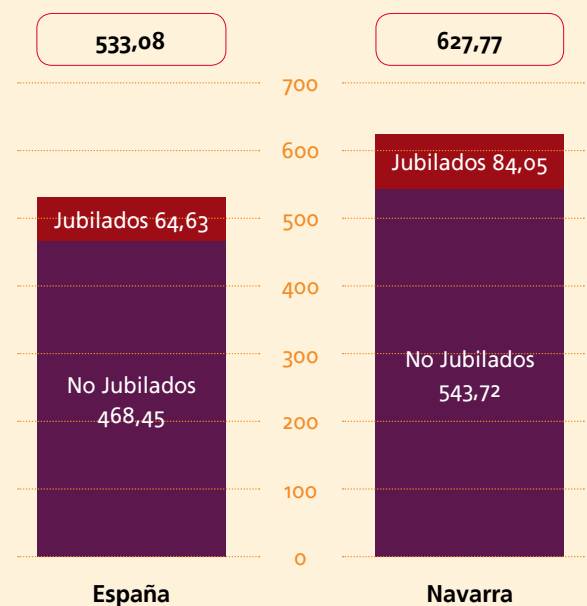
Tasa = Número de médicos colegiados por 100.000 habitantes

# En España y en Navarra en 2016

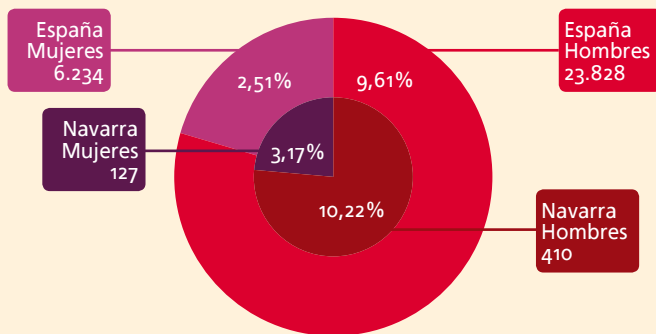
Número de médicos colegiados no jubilados



Tasa de médicos colegiados\*



Número de médicos colegiados jubilados



Tasa = Número de médicos colegiados por 100.000 habitantes

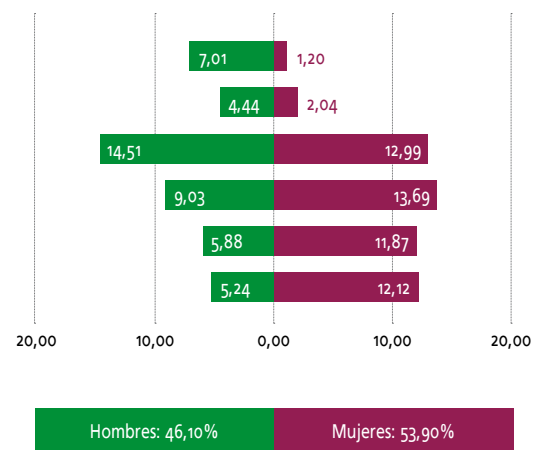
Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de profesionales sanitarios colegiados (INE)

Distribución (en porcentaje) del número de médicos colegiados por sexo y edad a 31 de diciembre de 2016

España



Navarra



# LOS 12 DESEOS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN NAVARRA

PARA EL

# 2018

POR

**SANDRA RUBIO BERNABÉ**

Recién estrenado el nuevo año, los estudiantes queremos manifestar nuestras peticiones a los Reyes Magos, Papá Noel... esperando que se vean cumplidas a lo largo del 2018.

## 1 Que la nota del expediente en el MIR cuente sobre 10 y no sobre 4.

El Real Decreto 1125/2003 establece que las calificaciones de las diferentes titulaciones universitarias han de ir de 0-10. Sin embargo, a pesar de haber un real Decreto que así lo indica, a día de hoy en la evaluación del examen MIR el expediente se pondera sobre 4 y no sobre 10. Para poder hacer esta conversión, las notas se agrupan (siendo un 4 una Matrícula de Honor, 3 equivalente a sobresaliente, 2 a notable y 1 a aprobado). Hay que tomar en consideración que dentro de notable, sobresaliente... se abarca un rango de notas, de modo que una persona con un 9 y otra con un 8.1 tendrían, ambas, un 3. No entendemos cómo, habiendo aplicado todas las universidades el sistema de calificación de 0-10, todavía desde el Ministerio se les sigue pidiendo sobre 4.

## 2 Innovación en la docencia educativa.

¿Aprendizaje basado en problemas (ABP)? ¿Abordaje interdisciplinar? ¿Pacientes simulados? ¿Método fail/pass? ¿Plan Bolonia?

La innovación en el ámbito docente es una realidad. En un mundo en el que cada vez estamos más interconectados, se valora más el trabajo en equipo y el saber desenvolverse en diferentes ambientes está tomando un plano principal, se vuelve de vital importancia cambiar la manera de enseñar. Hoy en día, no vale con ser el que más sabe de medicina si las habilidades comunicativas que se tienen –de cara a comunicarse con un paciente o a trabajar en equipo– son nulas. Es por ello que, aunque las clases magistrales son necesarias, otras metodologías han de empezar a coger protagonismo y complementar la enseñanza de la medicina. El ABP (modelo en el que los alumnos, a través del estudio en profundidad de un caso, aprenden conceptos) o el uso de simulación como pieza fundamental, hacen que el aprendizaje de la medicina sea más real y práctico.

Hay profesionales, como el Dr. Julio Mayol, que defienden que la medicina podría reducirse a 3-4 años de carrera, en los que se aprendieran las patologías más frecuentes (aquello que ve un médico en su día a día). Dejando, por tanto, el período de residencia para aprender las patologías menos frecuentes. ¿Locura? Lo dejaremos al criterio de los lectores.



### 3 No a la apertura de más facultades de medicina.

Desde 2008 se han abierto más de 12 nuevas facultades de medicina, siendo actualmente 41 el número total de centros. La recomendación de la OMS es de un estudiante por cada 100.000 habitantes, siendo en España de 1,51/100.000, y una facultad por cada 2 millones de habitantes (en España esa realidad es de 1,7 por cada 2 millones de habitantes). Superamos con creces las recomendaciones, lo que nos sitúa en uno de los países con mayor ratio del mundo. A este problema hay que sumarle la apertura, el año pasado, de la Universidad de las Islas Baleares y la inminente apertura de la Universidad de Alicante.

Uno de los argumentos mayoritarios que se usa para seguir defendiendo la apertura de más facultades es que así los estudiantes de una determinada Comunidad Autónoma no se verán obligados a desplazarse a otras para estudiar. Este argumento carece de sentido si tenemos en cuenta que el sistema actual para acceder a la universidad sólo valora la nota de la prueba de acceso y la nota media de Bachiller, de modo que un estudiante de, por ejemplo, Castilla-La Mancha con mejor nota que cualquiera de Andalucía, entraría antes en las universidades andaluzas que los propios andaluces. De modo que el argumento carece de valor.

### 4 Que se cuide la salud mental del estudiante.

Uno de los estudios que más ha sonado últimamente, es el realizado por la Fundación Galatea entre estudiantes de medicina de Cataluña, que saca a la palestra que los estudiantes de medicina son una población de riesgo en salud mental, si se les compara con jóvenes de su misma edad. En el mismo estudio se hace referencia a los factores académicos, entre otros, y la falta de apoyo de las instituciones como posibles potenciadores de este hecho. Además, en términos de salud global, los estudiantes son percibidos como un grupo de consumo de alcohol de riesgo, es decir, aquellos que consumen más de cinco consumiciones seguidas, haciendo referencia a las borracheras. Dan, como explicación a este hecho, el alcohol como posible vía de escape de la realidad que viven.

Gráfico 16  
Índice de salud mental GHQ por sexo.  
Datos comparativos con estudiantes en población general  $\geq 21$  años (ESCA 2006)

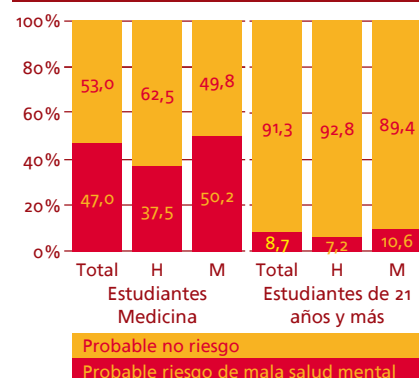
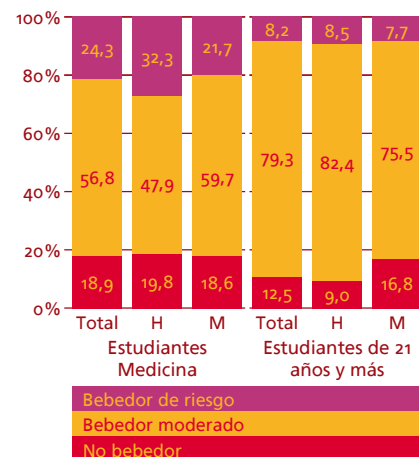


Gráfico 11  
Consumo de alcohol por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general  $\geq 21$  años (ESCA 2006)





## 5 Valoración de la visión holística del estudiante.

¿Cuál es el método que se sigue para entrar en la carrera? ¿Cuál es el criterio que se sigue para acceder a una plaza de MIR? ¿Cuál es el criterio que se usa para acceder a una rotación? La respuesta a todas esas preguntas y similares es la misma: la nota media.

Pero los estudiantes somos mucho más que una nota, que un número. Las actividades extras que hacemos en nuestro día a día: voluntariado, representación estudiantil, organización de eventos (fuera y dentro de la universidad)... nos definen como personas, crean una identidad de quiénes somos y a dónde queremos ir. Muestran apertura de mente, objetivos más allá de la medicina. Y es que no debemos olvidar que, como decía el Dr. José de Letamendi, *"Quién sólo sabe de medicina ni de medicina sabe"*. Entonces, ¿por qué a la hora de valorar a los estudiantes de medicina sólo se tiene en cuenta lo que saben de medicina a través de las notas?

## 6 Mayor inversión en becas por parte del Gobierno.

Estudiar cuesta dinero y, si se me permite, mucho dinero. No sólo la matrícula de la universidad. A ese gasto hay que sumarle los libros y apuntes, y si se estudia fuera: comida, alojamiento y transporte. Es por ello que se pide al Gobierno un aumento en la inversión que se hace en las becas. Uniendo con el tercer deseo, una mejora en las becas de movilidad, por ejemplo, haría posible que los estudiantes de comunidades autónomas en las que no les da la nota puedan hacerlo en otras más lejanas sin necesidad, por tanto, de tener que abrir una facultad de medicina en cada provincia española.

## 7 Dejar de ser un ficus en las prácticas.

En muchas de las prácticas los estudiantes son como una pieza más del mobiliario de consulta, generando situaciones y sentimientos incómodos tanto en médicos como en alumnos. La figura del estudiante en prácticas sabemos que es complicada, porque no es un miembro más del equipo pero, sin embargo, tampoco es alguien ajeno a él; podríamos decir que está a medio camino. Además, muchas veces, los tiempos que se tienen para ver a los pacientes son muy ajustados y eso no deja mucho tiempo para poder dedicarle a la enseñanza de un alumno. A pesar de ello, no podemos olvidar que es en las prácticas en el hospital cuando el estudiante empieza a tener el contacto con la que será su realidad el día de mañana, es el sitio en el que empieza a relacionarse con los pacientes, es donde empieza a unir lo que está aprendiendo en la facultad con lo que pasa en la vida real. Es, por tanto, una pieza clave en su enseñanza y algo a lo que hay que prestarle atención y tratar de adecuar acorde al grado de conocimientos de cada alumno, en cada momento de la carrera.

## 8 Más evaluación de conocimientos prácticos.

La medicina es teoría y práctica, a partes iguales. De nada sirve saber mucho si luego esos conocimientos no se saben aplicar en casos de pacientes reales, en situaciones que asemejen lo máximo posible la realidad. Al igual que de nada sirve la teoría sino se sabe buscar la información a través de una exploración física o una correcta anamnesis. ¿De qué sirve saber que la esplenomegalia puede estar relacionada con enfermedades linfoproliferativas si no se sabe palpar una esplenomegalia? ¿cómo se espera entonces poder encontrarla en un paciente? Es por ello que la evaluación de conocimientos prácticos, no abarca solo el aplicarlos a un caso sino el saber auscultar a un paciente, realizar una exploración neurológica, tomar la tensión, etc. Es también saber cómo se tiene que hacer y cómo se ha de buscar en el paciente la información que se necesita para ayudarle.



## 9 Más rotaciones, más servicios que ver.

Tenemos alrededor de 47 especialidades médicas en España y un total de seis años de estudio de medicina. De estos, podemos decir que solo en tres se tienen unos conocimientos mínimos para ser capaces de aprovechar bien las rotaciones. Se ve que es imposible rotar por todas las especialidades, no hay tiempo material. Sin embargo, sí que es cierto que frente a este problema sube a la palestra una pregunta: ¿Qué es más importante: ver cuantas más especialidades mejor o ver unas cuantas de manera más profunda? Y es entonces cuando surge la verdadera pregunta: ¿Qué es lo que se busca con unas prácticas en el hospital? Si lo que se busca es aprender de una especialidad en profundidad, entonces tomaríamos la opción 2: pocas especialidades pero más tiempo en ellas. Si, por el contrario, se busca tener un contacto con el hospital y ver de manera superficial en qué consiste el trabajo de un dermatólogo, neumólogo, etc. entonces valoramos la opción 1: muchas, pero durante poco tiempo en cada una.

A lo largo y ancho de nuestra geografía encontramos de los dos. Universidades, como la Universidad de Albacete, tienen un sistema de una semana de rotación en cada servicio, por lo que ven prácticamente todas las especialidades. Otras como la Universidad de Navarra, tiene un sistema en el que se garantiza ver 7 especialidades durante un mes cada una. ¿Cuál es el mejor? Lo dejamos a la reflexión de los lectores.

## 10 Más importancia de asignaturas quirúrgicas.

Cuando terminamos la carrera tenemos el título de Medicina y Cirugía, sin embargo la realidad es que la presencia de la parte quirúrgica de la medicina queda relegada, en muchos casos, a un segundo plano. Los estudiantes, especialmente aquellos que se sienten más atraídos por la parte quirúrgica, se ven obligados a complementar su formación a través de optativas para poder profundizar más en una parte de la medicina que debería de estar equilibrada con la parte más médica.

## 11 Conocer de cerca otras ramas de la medicina.

Medicina Forense, médico de prisiones, médico de expediciones, medicina humanitaria... ¿cómo se puede dedicar uno a esa rama? ¿hay que hacer el MIR? Y sino no se hace el MIR, ¿qué es lo que hay que hacer? Esta clase de preguntas son las que rondan la cabeza de aquellos que se atreven a pensar en estos ámbitos de la medicina, que cada vez se conocen algo más entre los estudiantes. Sin embargo, esas preguntas muchas veces se quedan en el aire, ya que la vía para ser cirujano cardíaco o hepatólogo sí que está muy clara pero no hay apenas ayuda o información para dedicarse a estas otras ramas.

## 12 Troncalidad sí o troncalidad no.

El tema de la troncalidad, como nuevo sistema que iba a sustituir al actual sistema de residencia se ha visto parado por el Tribunal Supremo por un problema en los presupuestos previstos. Sin embargo, no son pocas las voces que aseguran que se va a volver a continuar con esa idea. Los estudiantes piden la unidad, que se llegue a una idea que sea acogida por todas las áreas implicadas (especialidades, gobierno, hospitales, residentes, médicos, estudiantes...) ya que es el sistema formativo de todos, no solo de aquellos que lo diseñan.



TESTIMONIO BECA MIR

**ADRIANA NOHEMÍ  
GARCÍA HERRERA.**  
GANADORA DE LA  
IX BECA DR. IGNACIO LANDECHO 2016.

El propósito de solicitar la beca Dr. Ignacio Landecho del Colegio Oficial de Médicos fue realizar, como parte de mi

formación en Medicina Intensiva, una rotación en un centro especializado en poli-

trauma para ampliar mis conocimientos y mejorar mis habilidades en la atención inicial del paciente con patología traumática y sus complicaciones.

Fundado en 1983, el hospital UPMC Presbyterian es un reconocido centro de traumatología a nivel mundial, acreditado como centro de nivel I y diseñado para la atención de pacientes politraumatizados de alta complejidad y riesgo vital, con una media de 4.000 pacientes atendidos por año (en 2016, 4.600).

## **Atención al paciente politraumatizado en Pittsburgh (EEUU)**







A diferencia de España, la atención inicial al paciente politraumatizado la realiza el equipo de cirugía aguda, trauma y cuidado crítico formado por médicos cirujanos generales que han realizado, además, 2 años de formación en cuidados intensivos y trauma.

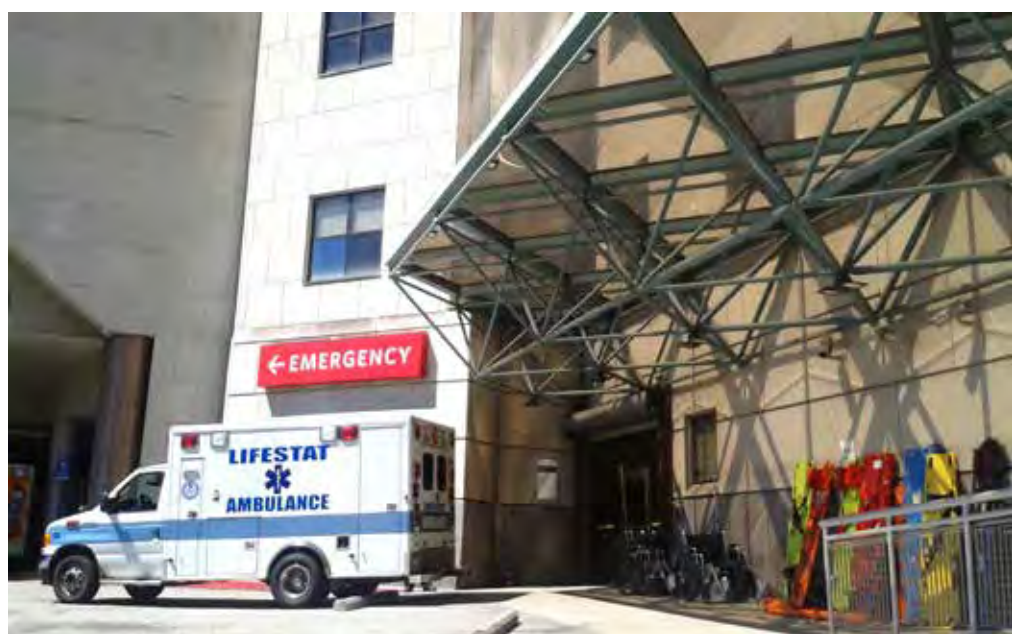
La unidad de Trauma en el hospital UPMC Presbyterian consta de varias plantas, cada una con un enfoque particular. Cuenta con dos unidades de Cuidados Intensivos: una de cuidados neurocríticos, equipada con 22 camas que se centra en la atención a pacientes con trauma craneoencefálico, post-quirúrgicos de neurocirugía urgente y trauma medular; y otra de 22 camas especializada en la atención al paciente politraumatizado post-quirúrgico (torácico, abdominal, pélvico, ortopédico). En las unidades de Cuidados Intensivos existe la posibilidad de que la familia acompañe al paciente todo el tiempo y disponen de servicios de cafetería, aseos y duchas para familiares. Además, hay cuatro plantas más -una específica para pacientes neurocríticos y tres para pacientes con trauma en general- con un total de 84 camas y con posibilidad de monitorización continua de signos vitales y servicios de psiquiatría/psicología, rehabilitación y nutrición como parte integral de la recuperación de los pacientes.

## ¿Qué he hecho?

Durante dos meses, he tenido la oportunidad de observar el trabajo de este equipo, de forma integral, en la atención inicial en Urgencias, en quirófano, unidades de Cuidados Intensivos y plantas de hospitalización. También he participado en sesiones de casos clínicos, morbi-mortalidad y teleconferencias con otros centros de trauma de la región.

El día a día de este equipo de trabajo se inicia a las 6:30 a.m. con una sesión clínica donde se comentan los

casos de pacientes que han sido evaluados en Urgencias en las últimas 24 horas, así como todos los ingresados en UCI sin importar los días de estancia. Previamente a esta sesión, los médicos residentes han evaluado a los pacientes ingresados y han revisado el plan de tratamiento para ese día, trabajo que será completado en una segunda evaluación que se realiza junto con el médico adjunto. Para ello, el personal del Departamento (médicos adjuntos, residentes, asistentes clínicos, enfermeras y estudiantes) se divide en cuatro equipos.



## TESTIMONIO BECA MIR

“Dado que el equipo que recibe y atiende de forma integral al paciente está constituido por profesionales formados en cirugía, trauma y cuidados intensivos he tenido la oportunidad de observar la toma de decisiones y el desarrollo de protocolos de actuación, sin necesidad de intermediarios”



Una vez acabado el trabajo en las plantas se realizan las intervenciones quirúrgicas programadas de los pacientes ingresados de cada equipo. Y dos de estos cuatro equipos son los responsables de la atención en Urgencias de todos los pacientes que sean trasladados con diagnóstico de trauma grave.

En el 95% de las ocasiones se recibe un mensaje que alerta del traslado de un nuevo paciente a Urgencias entre 5-10 m. antes de su llegada, en el que se detalla la edad, sexo, mecanismo del trauma, signos vitales, procedimientos realizados en el sitio del incidente (intubación, colocación de tubos pleurales, torniquetes ...) y tiempo estimado de llegada. Con este mensaje se activa el código trauma y gracias a ello el equipo completo

(médicos, enfermería, técnicos de radiología, equipo de quirófano) puede organizarse y estar preparado para responder a cualquier necesidad en la atención del paciente.

La atención inicial en Urgencias se guía estrictamente por los principios del ATLS (Advanced Trauma Life Support), realizándose de forma sistematizada y rápida, y contando además con la infraestructura necesaria: equipo de rayos X incorporado en cada uno de los tres boxes destinados para la atención del paciente politraumatizado en el servicio de Urgencias y ecógrafo para la realización de eco-FAST, equipo de TC a diez metros del área de dichos boxes, ascensores en el mismo pasillo accesibles en menos de 15 segundos desde el área de atención inicial que permiten el

traslado directo del paciente hasta un quirófano totalmente equipado y disponible desde la activación del código trauma. Estos son factores claves en el éxito de este centro.

### ¿Qué me ha aportado esta rotación?

Destacaría de la experiencia: el contacto con un mayor volumen de pacientes politraumatizados, el manejo sistematizado en la atención inicial, la posibilidad de observar el trabajo de un equipo que cuenta con la infraestructura desarrollada específicamente para la atención, muchos años de experiencia y un volumen alto de pacientes politraumatizados.



Dado que el equipo que recibe y atiende de forma integral al paciente está constituido por profesionales formados en cirugía, trauma y cuidados intensivos, he tenido la oportunidad de observar la toma de decisiones y el desarrollo de protocolos de actuación, sin necesidad de intermediarios; el mismo equipo que evalúa al paciente cuando entra por la puerta, es el que decide –según la estabilidad o no del paciente– la necesidad de intervención quirúrgica urgente, necesitando menos de cinco minutos desde su llegada hasta la entrada en quirófano, en los casos que así lo requieran. Es, además, el mismo equipo el que seguirá su evolución en la Unidad de Cuidados Intensivos y, posteriormente, en la planta de hospitalización.

Dadas las características de los pacientes que se atienden en este centro, el trabajo multidisciplinario –siendo los servicios con los que se trabaja de forma más estrecha el de Neurocirugía, Ortopedia y Cirugía vascular– es prácticamente la regla con cada paciente. Realizan esta atención con una coordinación y cooperación admirable, tomando todos ellos igual responsabilidad en la atención de los pacientes.

## Lo mejor y lo peor de mi experiencia

Lo mejor de esta rotación es la experiencia de participar en un equipo que, con una formación y enfoque diferentes en algunos aspectos a los que yo he recibido como residente de Medicina Intensiva, atiende a pacientes con características similares a los nuestros, pero con la ventaja de contar con un sistema y una infraestructura concebida específicamente para este tipo de pacientes y un

equipo dedicado exclusivamente a su atención. Así, al centrarme en un solo grupo de pacientes –dentro del universo del paciente crítico– he podido profundizar en la atención inicial sistematizada y protocolos de actuación específicos de esta patología. Al contar con un mayor volumen de pacientes y tratarse de una cultura diferente he tenido, además, la oportunidad de observar mecanismos de trauma diferentes (heridas por arma de fuego, arma blanca, armas de aire comprimido, entre otras), pruebas diagnósticas y procedimientos menos comunes en nuestro medio.

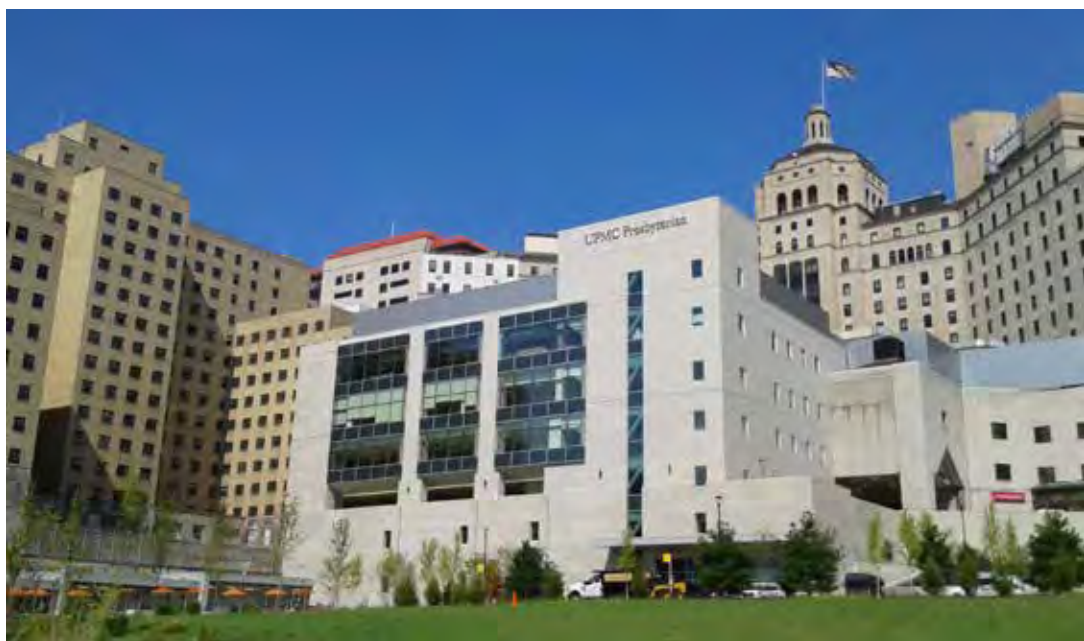
Lo peor de la experiencia es que únicamente he sido observadora, dado que las normas en los centros estadounidenses son muy estrictas a este respecto para médicos extranjeros. El contacto directo con el paciente y la participación activa en la toma de decisiones y manejo de los mismos se echa muchísimo de menos.

Otro aspecto que no me ha gustado tanto ha sido la atención dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, donde no se realiza un abordaje integral por el equipo de cuidados críticos sino que éstos son, muchas veces, coordinadores del resto de profesionales que se encargan de la atención al paciente. Por ejemplo, la ventilación mecánica es tarea de los técnicos de terapia respiratoria, las hiperglucemias son manejadas por Endocrinología, las arritmias e insuficiencias

**“He podido también observar mecanismos de trauma diferentes (heridas por arma de fuego, arma blanca, armas de aire comprimido), pruebas diagnósticas y procedimientos menos comunes en nuestro medio”**

cardíacas por el Servicio de Cardiología... No se trabaja así en el Servicio en el que estoy realizando mi formación y, aunque no dudo de que tanto uno como otro abordaje cuentan con sus ventajas y desventajas, prefiero el modelo en el que me estoy formando.

Solo me queda agradecer, una vez más, al Colegio de Médicos de Navarra que a través de la beca Dr. Ignacio Landeche, patrocinada por Laboratorios Cinfa, ha contribuido a esta experiencia tan enriquecedora en mi formación que me permite poner en práctica todo lo aprendido en la atención a nuestros pacientes.



# COOPERACIÓN

Premio Jaime Brunet 2017 de la UPNA

## fundación vicente ferrer,

## 50 años trabajando con la erradicación de la pobreza en la india

La Fundación Vicente Ferrer (FVF) trabaja desde hace casi 50 años en la India en el distrito de Anantapur, estado de Andhra Pradesh. El programa de desarrollo integral que lleva a cabo la FVF se realiza exclusivamente en las zonas rurales y atiende a más de tres millones y medio de personas.

Desde tiempos ancestrales la sociedad india se divide en castas, aunque están prohibidas por la Constitución india, pero hay una parte muy significativa de la población que no tiene ni casta por lo que sufren una fuerte discriminación. Es este sector de la sociedad con el que la FVF trabaja.



■ **DR. FERNANDO AGUILÓ.**

COORDINADOR DE  
SANIDAD DE LA FVF  
Y SECRETARIO DEL  
PATRONATO.

Fotos realizadas por Silvia  
Muiña, Nagappa Beoya  
y Adam Moore, para la  
Fundación Vicente Ferrer.

Un proyecto integral  
en el Sur de la India

El lema de Vicente Ferrer y Anna, su mujer y actual presidenta de la organización, siempre fue "Erradicar la pobreza es posible". Y, para ello, hay que dignificar la vida de las personas. La Fundación trabaja en seis sectores: educación, que es la base de todo, sanidad, hábitat, personas con discapacidad, mujeres y ecología.

En la FVF hay responsables de cada una de las áreas geográficas del distrito de Anantapur, que se reúnen con periodicidad quincenal, junto con los responsables de los seis sectores mencionados, para priorizar los proyectos a realizar.

En el ámbito de la educación se ha conseguido una escolarización del 100% en primaria tanto en niños





como en niñas, facilitando la continuidad de los estudios de secundaria y el acceso a formación profesional y estudios universitarios.

En el sector de hábitat ya hay más de 62.000 viviendas construidas por la FVF para familias que han dejado atrás sus chozas hechas de adobe y hojarasca. Actualmente, junto con el Gobierno de la India, trabajamos en un plan de dotación de lavabos-letrinas para la población.

Las personas con discapacidad están marginadas en la sociedad rural india ya que se considera que no son productivas. La Fundación tiene un plan específico de formación para este colectivo para integrarlo en la sociedad y dignificar su vida.

Por otro lado, las mujeres también son un colectivo muy discriminado. Soportan el peso de la familia y realizan las labores pesadas del campo. La FVF está trabajando para que sean el motor del cambio mediante asociaciones de mujeres en las aldeas (*sanghams*) donde discuten sus problemas y se ayudan entre ellas. Muchas mujeres aportan, en ocasiones, más salario que el marido.

En el sector ecología, entre otras cosas, se ha formado a campesinos y campesinas para que conserven el agua, mediante presas, con el sistema de riego por goteo y obteniendo energía a través de placas solares. También hay un programa de plantas de biogás que funcionan con heces de las búfalas. Se lleva el gas hasta la vivienda, para cocinar, y así se evita cortar leña y la consecuente deforestación.

#### **Una red sanitaria al alcance de todos**

Finalmente, en el sector de sanidad, la transformación ha sido evidente

en los 21 años que llevo trabajando con la FVF. En el año 1996 solo teníamos un médico indio. Hoy, tenemos tres hospitales donde trabajan 24 médicos nativos.

En nuestros hospitales hemos desarrollado cuatro especialidades: cirugía, medicina general, pediatría y obstetricia-ginecología. Con el soporte de laboratorio y anestesia. Daré un dato que puede ser muy ilustrativo para hacerse una idea de la magnitud del proyecto. En los dos hospitales con total desarrollo de la obstetricia se producen 20 partos al día en cada uno. Es decir, 600 al mes, que sumando ambos centros dan una cifra de 1.200 partos al mes. Esta cifra de nacimientos, actualmente, no la tiene ningún hospital español. Consecuentemente hemos desarrollado mucho el campo de la neonatología, incluida la UCI de Neonatos.

Para la atención en las zonas rurales hemos desarrollado un proyecto junto con el sector de mujeres. Médicos españoles e indios forman a las llamadas "coordinadoras de la salud". Muchas son enfermeras y, actualmente, son unas 120. Se forman en conceptos básicos: control de embarazo, fiebre en niños, diarreas, inmovilización de fracturas o nutrición. Ellas, a su vez, forman a las "trabajadoras de la salud" que son alrededor de 1.200 mujeres y que actúan como médico de cabecera en las aldeas. Cada una tiene a su cargo entre siete y diez aldeas que visitan semanalmente. Ponen en práctica lo aprendido, inician tratamientos y, si tienen alguna duda, acompañan al paciente al hospital en su primera visita indicándole al médico lo ocurrido.

#### **Formación continuada**

Otro punto a destacar en el sector de sanidad es el programa de formación por parte de médicos españoles que se desplazan a la India. Cada año

## COOPERACIÓN

#### **Formas de colaborar con la Fundación:**

1. Apadrinamiento de niño/a del que se beneficia toda la familia: 21 €/mes hasta que cumple los 18 años.
2. Mujer a mujer: una mujer india mejora su nivel individual y colectivo: 9 €/mes durante 7 años.
3. Socio colaborador: decides cuánto y cuándo efectúas tus aportaciones.
4. Financiación de proyectos concretos, según necesidades puntuales de India.
5. Voluntariado en España y/o India, según necesidades concretas.

van unos 25-30 médicos de las especialidades anteriormente mencionadas. Se trata de colaboradores con un alto grado de fidelidad y, casi todos, acaban repitiendo la experiencia. Paralelamente, médicos indios vienen a España para completar su formación, y lo ideal es que trabajen con el médico español que estuvo en la India con él, ya que conoce bien el campo en que se mueve y le enseña aquello que es más útil.

Los profesionales indios en cirugía están desarrollando intensamente la técnica de la laparoscopia para las operaciones, un indicador importante del nivel que han alcanzado. Desde hace unos años en el Hospital de Bathalapalli se han realizado cursos de formación en cirugía, ginecología y cuidados intensivos, en los que han participado profesionales indios de prestigio de hospitales de grandes ciudades indias como Hyderabad, Bangalore o Vellore.

Siempre recordaré, en los inicios del programa de sanidad, una frase de un paciente que decía feliz: *"Explíco lo que me pasa y enfrente hay una persona que me escucha"*.





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

Diciembre 2016 / Noviembre 2017

### Normas generales:

- 1 **Ley Foral 23/2016, de 21 de diciembre**, por la que se establece el sistema de carrera profesional aplicable al personal diplomado sanitario, excluido el adscrito al Departamento de Salud y sus organismos autónomos (BON 31/12/16).
- 2 **Ley Foral 24/2016, de 28 de diciembre**, de Presupuestos Generales de Navarra para 2017 (BON 31/12/16).
- 3 **Orden Foral 124-E/2017, de 17 de febrero**, del Consejero de Salud, por la que se modifican dos ficheros informatizados adscritos al Departamento de Salud y se crea el Fichero Recursos Administrativos y Judiciales de la Dirección General de Salud y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (BON 21/4/17).
- 4 **Orden Foral 310-E/2017, de 16 de marzo**, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 44/2016, de 10 de mayo de 2016, que establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (BON 30/3/17).
- 5 **Orden Foral 347-E/2017, de 23 de marzo**, del Consejero de Salud, por la que se aprueban las normas de gestión de la lista de aspirantes a la contratación temporal en los centros y establecimientos de los organismos autónomos adscritos al Departamento de Salud (BON 12/4/17).
- 6 **Ley Foral 7/2017, de 9 de mayo**, por la que se amplía el ámbito de aplicación del sistema de carrera profesional a otro personal sanitario no adscrito al Departamento de Salud y sus organismos autónomos (BON 19/5/17).
- 7 **Ley Foral 7/2017, de 9 de mayo**, por la que se amplía el ámbito de aplicación del sistema de carrera profesional a otro personal sanitario no adscrito al Departamento de Salud y sus organismos autónomos (BON 19/5/17).
- 8 **Orden Foral 600-E/2017, de 22 de septiembre**, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 44/2016, de 10 de mayo de 2016, por la que establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (BON 19/10/17).
- 9 **Orden Foral 604-E/2017, de 26 de septiembre**, del Consejero de Salud, por la que se crea el Comité Técnico de Salud Sexual y Reproductiva de Navarra (BON 19/10/17).



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



## Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea:

- 1 Orden Foral 52/2017, de 23 de marzo, del Consejero de Desarrollo Económico, por la que se modifica la Orden Foral 91/2016, de 20 de mayo de 2016, por la que se establece el Régimen de las ayudas a proyectos de I+D y se aprueba la convocatoria de 2017 (BON 3/4/17).
- 2 Orden Foral 387-E/2017, de 21 de abril, del Consejero de Salud, por la que se crea la Comisión Asesora Técnica de Vigilancia y Control de la Infección de Navarra (BON 19/7/17).
- 3 Orden Foral 389-E/2017, de 24 de abril, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Cuidados Sanitarios del Complejo Hospitalario de Navarra (BON 19/7/17).
- 4 Decreto Foral 25/2017, de 26 de abril, por el que se modifica el Decreto Foral 171/2015, de 3 de septiembre de 2015, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (BON 15/5/17).
- 5 Orden Foral 442-E/2017, de 19 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea y regula el Registro de Enfermos Renales Crónicos de Granada-Versia y se crea el fichero de datos de carácter personal correspondiente (BON 21/6/17).
- 6 Orden Foral 448-E/2017, de 23 de mayo, del Consejero de Salud, por la que se crea y regula el Registro del Programa de Atención Dental Infantil (PADI); y se crea el fichero de datos de carácter personal correspondiente (BON 21/6/17).
- 7 Decreto Foral 37/2017, de 24 de mayo, por la que se modifica la plantilla orgánica de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra y sus organismos autónomos (BON 9/6/17).
- 8 Orden Foral 530-E/2017, de 27 de julio, del Consejero de Salud, por la que se establece la estructura del Servicio de Genética Médica del Complejo Hospitalario de Navarra. (BON 8/8/17).
- 9 Orden Foral 551-E/2017, de 28 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se establece los objetivos y responsabilidades de la Estrategia de la Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía. (BON 4/10/17).
- 10 Orden Foral 550-E/2017, de 28 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se modifica la Orden Foral 12/2016, de 2 de febrero de 2016, por la que se establece la estructura de la Dirección Gerencia y de los Órganos Centrales del Servicio Navarro de Salud -Osasunbidea- a nivel de secciones y de unidades no asistenciales (BON 31/8/17).
- 11 Orden Foral 597-E/2017, de 22 de septiembre, del Consejero de Salud, por la que se modifica la composición del Comité de Expertos en Daño Cerebral Adquirido Infantil (BON 19/10/17).

## Prestaciones sanitarias:

- 1 Ley Foral 13/2017, de conciertos sociales en los ámbitos de salud y servicios sociales de Navarra (BON 30/11/17).
- 2 Orden Foral 660-E/2017, de 17 de noviembre, del Consejero de Salud, por la que se incluyen la cartera de servicios complementaria de Navarra prestaciones de tratamientos de fertilidad y reproducción para mujeres que convivan con parejas del mismo sexo o sin pareja y el tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil iatrogénica (BON 27/11/17).



BIOGRAFÍAS MÉDICAS

# MARCO AURELIO,

EMPERADOR DE ROMA 1ª PARTE

∞ JESÚS REPÁRAZ PADRÓS

TODO ES EFÍMERO, EL QUE  
RECUERDA Y LO RECORDADO

MARCO AURELIO

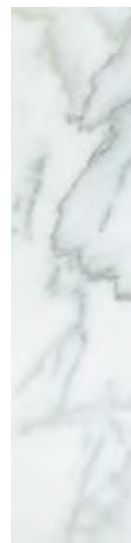


**A** lo largo del siglo primero de nuestra Era, once fueron los Césares que se sucedieron al frente del Imperio Romano. Cuatro de ellos (Galba, Otón, Vitelio y Tito) apenas lograron sobrevivir unos meses en el trono, por lo que poco cabe decir de la labor política que desarrollaron durante sus respectivos mandatos. En cuanto a los siete restantes, únicamente Augusto, Claudio y Vespasiano demostraron ser estadistas capacitados para mantener –mediante políticas diversas y con grados de acierto diferentes– la estabilidad y el orden necesarios para el buen funcionamiento de una estructura tan vasta y compleja como la que les tocó regir. Frente a la cordura y el buen criterio de estos hombres, contrasta la personalidad netamente patológica de los cuatro emperadores que completan la serie (Tiberio, Calígula, Nerón y Domiciano), sujetos todos ellos psicológicamente desequilibrados cuyos desmanes arrastraron al Imperio a situaciones críticas que, en más de una ocasión, a punto estuvieron de degenerar en guerra civil. La duración de los reinados de estos cuatro Césares (los “Césares Locos”, como algún autor los ha denominado) suma un total de cincuenta y nueve años, es decir, más de la mitad del primer siglo de vida del Imperio. Siendo esto así, surge inevitablemente la pregunta de cómo pudo Roma conservar su posición hegemónica en Occidente sin sucumbir bajo las calamidades provocadas por tan perniciosos monarcas. La respuesta a este interrogante hay que buscarla en el talento, la habilidad y la prudencia de un conjunto de gobernantes posteriores (los emperadores de la dinastía Antonina) que, aunque menos conocidos por el público que los Julio-Claudios y los Flavios, fueron quienes realmente vertebraron el Imperio y lo condujeron a su época de máximo esplendor.

◀ ◀ *Columna de Marco Aurelio coronada por San Pablo. Esta práctica fue muy común en Roma. Así, la Columna de Trajano está coronada, posteriormente, por San Pedro.*

◀ *Figura ecuestre de Marco Aurelio en bronce.*

## FUE UN HOMBRE DE TEMPERAMENTO RÍGIDO Y AUSTERO, INDELEBLEMENTE MARCADO POR LAS IDEAS Y LOS CONCEPTOS DE LA MÁS PURA ESCUELA FILOSÓFICA ESTOICA



La dinastía Antonina fue fundada por el senador Marco Coceyo Nerva en el año 96 d.C., poco después de que el asesinato de Domiciano pusiera fin al reinado de la Casa Flavia. Continuando con la relación de Césares iniciada en el párrafo anterior, encontramos que durante los casi cien años que transcurrieron desde la proclamación de Nerva hasta la muerte del último Antonino (192 d.C.), seis emperadores de esta dinastía gobernaron Roma: los tres primeros (Nerva, Trajano y Adriano) lo hicieron con sabiduría y firmeza; el cuarto (Antonino Pío), con rectitud y bondad; el quinto (Marco Aurelio), con austeridad y templanza; el sexto y último (Cómodo), con una amoralidad y un despotismo tales que ni siquiera el recuerdo de las virtudes de sus predecesores fue suficiente para borrar el oprobio con que se cerró la saga.

Durante la época en que los Antoninos ejercieron el poder, el mecanismo de sucesión al frente del Imperio no estuvo basado –como hasta entonces– en vínculos meramente familiares, sino en la designación personal que cada emperador hacía de su heredero. Esta innovación fundamental tenía por objeto asegurar que únicamente hombres de virtud y valía contrastadas accedieran al trono, evitando así dejar a Roma en manos de tiranos o dementes. El procedimiento, establecido por el anciano y juicioso Nerva, podía incluir no sólo el nombramiento del sucesor inmediato, sino también –en previsión de un posible fallecimiento prematuro de éste– el de un segundo candidato. De ese modo, la designación de Marco Aurelio como aspirante “de reserva” a ocupar algún día el trono de Roma fue hecha por el emperador Adriano (117-138 d.C.), quien, hallándose en su lecho de muerte, impuso a su sucesor, el ya cincuentón Antonino Pío, la condición de adoptar al joven Marco como legítimo heredero.





◀ *Templo Capitolino, 166-167 d.C., erigido en tiempos del emperador romano Marco Aurelio.*

había comenzado a experimentar una cierta inquietud por la relativamente avanzada edad de Antonino Pío, el sucesor que él mismo había designado tiempo atrás. Decidió, pues, emprender la búsqueda de un futuro recambio para Antonino entre los elementos más jóvenes de la Corte, y su entusiasmo al descubrir a Marco Aurelio fue tal que de inmediato lo hizo matricular en la escuela de los Saliarés, un prestigioso centro reservado para los adolescentes de la aristocracia romana. En adelante, Adriano nunca dejó de manifestar un gran afecto por Marco Aurelio, al que protegió y favoreció hasta el día de su muerte.

El ascenso de Marco Aurelio al trono imperial tuvo lugar en el año 161 d.C., veintitrés años después del fallecimiento de Adriano. Entre una y otra fecha había discurrecido el dilatado y apacible reinado de Antonino Pío (138-161 d.C.), durante el que Roma disfrutó de un período de paz y de concordia

Miembro de una familia noble de ascendencia hispánica, Marco Annio Catilio Severo (Marco Aurelio) nació en Roma el 26 de Abril del año 121 d.C. Siendo todavía un niño quedó huérfano de padre, y fue su abuelo Marco Annio Vero –por entonces cónsul de la Urbe– quien se hizo cargo de su educación. Del interés que puso Vero en aquella tarea da testimonio la selecta nómina de intelectuales que tomaron parte en la instrucción del pequeño, algunos de la talla del orador Cornelio Frontón, el gramático Alejandro de Cotia o el filósofo Diogneto. De todos estos maestros recibió Marco valiosas enseñanzas, pero fue sobre todo en la persona de su madre, Domicia Lucila, donde el muchacho halló un modelo de vida y de moral que consideró realmente digno de ser imitado. Tan grandes debieron de ser el esmero y el aprovechamiento demostrados por Marco durante los primeros años de su formación, que la fama de sus cualidades llegó incluso a oídos del emperador. Por aquel entonces, el viejo Adriano, que se sabía ya en el ocaso de su vida,

sólo comparable a la legendaria Pax de Augusto. Antes de ceñir la corona, Antonino Pío había desempeñado con brillantez las más altas magistraturas del Estado, y su reputación ante el Senado y el pueblo era intachable. Más tarde, siendo ya emperador, Antonino dio numerosas muestras de una benevolencia de carácter que carecía de precedentes entre los Césares de Roma. Desde el momento mismo de su llegada al poder trató de evitar cualquier derramamiento inútil de sangre. Así, una de sus primeras decisiones como emperador fue conmutar las penas de muerte dictadas por Adriano durante los últimos meses de su vida. También bajo mandato de Antonino fueron prohibidas las persecuciones de los cristianos, iniciadas en tiempos de Nerón e intensificadas bajo Domiciano; igualmente, los judíos –que desde la gran revuelta del año 66 d.C. habían sido objeto de una dura represión– comenzaron a ser tratados con mayor tolerancia, e incluso los esclavos vieron cómo sus condiciones de vida mejoraban con respecto a épocas anteriores. Sin embargo, de la propia afabilidad de



Antonino y, sobre todo, de la peligrosa debilidad de su política exterior en regiones como Germania iban a derivarse graves consecuencias cuyo verdadero alcance no habría de manifestarse hasta el reinado de su sucesor.

Durante los años de gobierno de Antonino Pío, Marco Aurelio desempeñó con diligencia y buen tino diversas magistraturas, si bien su interés por las disciplinas propias de la administración del Imperio fue relajándose poco a poco, para desplazarse hacia el campo de la filosofía. Llegó un momento en que abandonó todo tipo de instrucción militar y, evitando en lo posible los viajes a las provincias exteriores, permaneció la mayor parte de su tiempo en Roma, junto al emperador. Según parece, los dos personajes que más influyeron en este proceso de reorientación intelectual de Marco Aurelio fueron los filósofos estoicos Apolonio de Calcedonia y Quinto Junio Rústico. También se sabe, al margen de esto, que por aquella época juvenil Marco Aurelio comenzó ya a dar muestras de fragilidad física, y que padeció, al menos, dos enfermedades graves (probablemente una neumonía y una infección de la piel), de las que existe mención detallada en su correspondencia personal.

Antonino Pío falleció el 7 de Marzo del año 161 d.C., a los setenta y cuatro años de edad. Roma, que lloró sentidamente su pérdida, se dispuso, expectante, a recibir al nuevo emperador. No es posible saber qué esperaban los romanos de su nuevo César, pero si confiaban en hallar en él la paternal benignidad de su predecesor, erraron por completo. En contraste con el carácter suave e indulgente de Antonino, Marco Aurelio resultó ser un hombre de temperamento rígido y austero, indeleblemente marcado por las ideas y los conceptos de la más pura escuela filosófica estoica. Diversas anécdotas así lo corroboran. El historiador de origen griego Herodiano narra, por ejemplo, cómo siendo todavía Marco Aurelio un adolescente, decidió prescindir de la cama para el descanso nocturno y, retirándola de su habitación, durmió a partir de entonces sobre el suelo. También señala el mismo autor que Marco Aurelio observó desde muy joven ayunos y privaciones voluntarias de todo tipo, hasta el punto de que algunos de los médicos que lo atendieron en su edad adulta llegaron a considerar aquellas prácticas como causa de su precaria salud.

En el año 145 d.C. —dieciséis antes de su llegada al trono—, Marco Aurelio contrajo matrimonio con Ania Galearia Faustina, hija de Antonino Pío. De ella tuvo seis hijos varones, de los que tan sólo uno, Lucio Aelio Cómodo, sobreviviría a la niñez. A la educación de Cómodo dedicó Marco Aurelio innumerables esfuerzos y cuantiosos recursos materiales, puesto que la instrucción de los príncipes era precisamente una de las tareas que en más alta

OBSERVÓ DESDE  
MUY JOVEN AYUNOS  
Y PRIVACIONES  
VOLUNTARIAS DE  
TODO TIPO, HASTA  
EL PUNTO DE QUE  
ALGUNOS DE LOS  
MÉDICOS QUE LO  
ATENDIERON EN  
SU EDAD ADULTA  
LLEGARON A  
CONSIDERAR  
AQUELLAS PRÁCTICAS  
COMO CAUSA DE SU  
PRECARIA SALUD



consideración tenía. Un dato que revela cuáles eran los valores a los que Marco Aurelio concedía verdadera importancia nos lo ofrece el ya citado Herodiano, cuando dice de él: “A sus hijas [que fueron también seis, de las que cinco sobrepasaron la adolescencia], cuando llegaron a la edad, las entregó en matrimonio a los miembros más destacados del Senado, mas no a patricios con largas genealogías ni a hombres ilustres por su entorno de riqueza, sino que quiso tener yernos de carácter ordenado y de vida sobria, pues pensaba que estas posesiones espirituales eran las únicas verdaderas e indestructibles”. Más adelante, continúa Herodiano la descripción moral de Marco Aurelio en los siguientes términos: “Cultivaba todas las virtudes y era un enamorado de la literatura antigua (...). Se presentaba a sus súbditos como un emperador magnánimo y moderado, tanto acogiendo a los que le visitaban como no permitiendo que su guardia alejara a quienes se dirigían a él. Fue el único emperador que dio credibilidad a su filosofía no por sus palabras ni por sus conocimientos doctrinales, sino por la dignidad de su comportamiento y por su prudente forma de vivir” (...)



# El Caminito del Rey

(Málaga)

♦ SALVADOR MARTÍN CRUZ

La verdad es que sobre esta pasarela situada en las paredes del Desfiladero de los Gaitanes, en la provincia de Málaga, entre Ardales y Álora (*Que en Álora soy morado y en Coín enamorado*, decía Lope de Vega en su versión del conocido poema fronterizo: *El Abencerraje*), en medio del Parque Natural del Desfiladero de los Gaitanes, se ha fantaseado en demasía. Sobre todo si se recorre en su estado actual, después de las últimas obras de restauración llevadas a cabo por la Diputación de Málaga. Es cierto que el deterioro sufrido durante los últimos treinta años hizo de ella una de las pasarelas más peligrosas del mundo (incluso se prohibió recorrerla después de varios accidentes mortales; siempre hubo locos capaces de saltarse la prohibición de recorrerlo pese a su estado). Normal, en un camino abandonado a las inclemencias del tiempo casi desde su construcción, a principios del siglo pasado, y su posterior acicalamiento para su "inauguración" por Alfonso XIII, en 1921, aunque su fin no fue otro que el de

ser el camino de servicio del conjunto de infraestructuras hidráulicas de los embalses de El Chorro, Guadalhorce, Guadalteba y Gaitanejo.

Por supuesto que incluso hoy, después de los trabajos de restauración, yo no recomendaría su recorrido a quien tenga mal de altura o vértigo, lo mismo que al que tenga dificultades en la de ambulación o no lleve un calzado adecuado (en el verano de 1958, cuando yo lo recorrí, lo del calzado no era prioritario todavía). Estamos hablando de un camino "colgado" y en gran parte encajonado entre las paredes de un desfiladero, el de Los Gaitanes, que alcanza en algunas partes del recorrido los 700 m de altura y, en su lugar más estrecho, 10 m de anchura. El camino es lineal (sentido único) y discurre de Norte a Sur a 101 m de altura desde Ardales a Álora, siguiendo el curso del Guadalhorce, formado por 2,9 Km. de pasarelas, senderos y hasta un puente colgante sobre el canal del agua. En total 7,7 Km., en cuyo recorrido se viene a tardar cerca de 4 horas. El

lugar desde luego es impresionante, estando enclavado en un paraje natural de gran belleza, a unos 60 Km. de Málaga, integrado por los pantanos, pero también por montañas, valles y desfiladeros por entre los que el camino discurre colgado sobre las aguas del río y los embalses y rodeado por una flora rica en pinos, encinas, eucaliptos, sabinas y enebros, amén de un sotobosque de ribera con sauces y chopos lleno de adelfas, juncos y carrizos, habitado por una fauna bastante diversa entre la que destaca la cabra montés en los altos; abundan el zorro, el conejo, la gineta y algunos mustélidos, no pudiendo ignorarse la presencia, entre otras aves, de alimoches, buitres leonados, águilas reales, halcones y abejarucos.





## Ficha práctica

Es esencial consultar la página web antes de acercarse a los accesos del Caminito. En condiciones meteorológicas adversas o de poca luz natural se cierra. Así como también los lunes y algunas jornadas navideñas. Es más, en el momento actual está limitado el acceso a un número determinado de personas. Hay

comarcales de Renfe hasta la estación del Álora-El Chorro, tomando luego uno de los autobuses lanzaderas. Para los que prefieran ir en vehículos propios desde Málaga es la A-7, siguiendo por la A-357 hasta Ardales o, a la altura de Pizarra, la A-343 hasta Álora (que también es la que tomaría desde Antequera); si viniera de Sevilla por la A-92 y de Córdoba por la A-331, aunque en sentido contrario. Desde Ronda, el camino que seguiría, de venir de Cádiz

o de los "pueblos blancos", es la A-367 hasta alcanzar la A-357 vía Ardales, o la A-366 hasta llegar a la A-343 en Pizarra.

El mejor tiempo para recorrerlo es desde comienzos de primavera a mediados de otoño. En sus alrededores hay desde

pases cada 15-30 minutos con horarios de apertura y cierre. Hay autobuses "lanzaderas" (yo los llamaría de enlace) que van desde Álora a Ardales y viceversa, lo mismo que varias zonas de parkings en las que paran los autobuses. La mejor vía de acceso, para mí al menos, son los trenes

campings y casas rurales a hoteles de diversa categoría. Obligado recordar que, además de la cercanía de Ronda y su tajo, lo mismo que Antequera con El Torcal y sus conocidos dólmenes de corredor -que hablan bien a las claras lo antiguo del poblamiento humano de la región-, están casi a



tiro de piedra el Pinsapar de la Sierra de la Virgen de las Nieves, el balneario histórico de Carrataca, donde tomaba aguas Eugenia de Montijo, y Bobastro, sobre las Mesas de Villaverde, que nos hace recordar la gesta tan poco conocida de Omar Ben Afsun, el caudillo Mozárabe cristiano que se independizó de Córdoba en el año 884.

En esta ocasión, en tocando la gastronomía de la zona, prácticamente me limitaré a recordar lo que escribí cuando hablé de Ronda: además de los obligados gazpacho y ajoblanco (en verano) y el gazpachuelo y la sopa de tomate (en tiempos menos cálidos), el rabo de toro, los espárragos trigueros, la tortilla de tagarnina, el cuchifrito y, en temporada, la caza. No quiero dejar de recordar que Álora tiene una buena huerta con abundantes frutales y en las noches de verano, como en el Coín de mi infancia, el jazmín y la dama de noche son un regalo para el olfato. Por supuesto, como lectura me iría a *El Abencerraje* en la edición de Cátedra. Cuenta una bonita historia; los amores de Abindarráez y la bella Jarifa, finalmente protegidos por el alcaide de Antequera, Rodrigo de Narváez, que ha inspirado bastante literatura desde los tiempos de los romances fronterizos.

# La ventaja de ser inteligente es que así resulta más fácil pasar por tonto. Lo contrario es mucho más difícil

(Kurt Tucholsky. Periodista y escritor alemán. 1890-1935)

### ♦ IÑAKI SANTIAGO

Me acabo de enterar de que los SMS, los famosos mensajes de telefonía móvil, acaban de cumplir nada menos que 25 años. Da vértigo pensar y sentir que nos ha tocado vivir una época claramente diferenciada por la importancia de la información. Actualmente casi nos llega la información de un suceso antes de que ocurra, al estilo "Minority report". Nos televisan guerras en directo, cataclismos al momento y bodas regias al instante.

Vivimos en la era de la información, esclavos de un montón de sistemas de comunicación. No entenderíamos una casa sin televisión. Antes, cuando yo era joven (y recuerdo a los jóvenes de ahora que sí, que los dinosaurios ya se habían extinguido) la tele era en blanco y negro y funcionaba a base de suaves pero enérgicos golpecitos en un costado a fin de que se encajaran bien sus lámparas interiores y pudiera obtenerse una imagen más o menos digna de series que hoy en día serían el hazmerreír de más de un infante, para sonrojo de su abuelo.

Luego pasamos al color. Cómo se chuleaban aquellos que tenían tele

en color. Te invitaban a su casa y te sorprendían con un aparato antediluviano, igual que el de tu casa, al que le habían acoplado unos celofanes de colores encima de la pantalla. ¡Patético adelanto!, si es que se le puede denominar adelanto tecnológico a semejante engendro.

Luego fueron llegando las televisiones planas. Cada vez más planas. Algunas tan planas que casi se puede intuir la pared del fondo a su través. Pero ya no valía que fueran megahiperplanas, no. Primero fueros de plasma, luego de LED parcial, para pasar a LED total y de ahí a no sé qué tecnología punta que hace que los puntos sean cada vez más negros y más blancos, como los jabones, que cada vez lavan más blanco, algo que nunca he entendido, porque siempre he pensado que el blanco es blanco y, por tanto, nada puede ser más de lo que ya es. Bueno, en personas es diferente, porque yo conozco a un personaje de mi barrio que es tonto, pero que sin demasiados esfuerzos, consigue día a día ser cada vez más tonto.

¡Ah! Y la tele tenía un solo canal. Bueno, los más privilegiados tenían

además UHF, que era como comer jamón del normalillo o tener acceso a unas sabrosas y exquisitas lonchas de un buen ibérico de bellota. Posteriormente, comenzaron a aparecer cadenas privadas, públicas, autonómicas, públicas y autonómicas a la vez, de pago (o de peiperviú, como se jactaba de tener el tonto de mi barrio) y comenzaron las riñas familiares: "que si pon la 2, que yo soy mucho de documentales", "que si pon la 5 que a mí la que me pone es la Esteban", "que si pon el plus que quiero ver el porno, perdón, el fútbol", etc. Pero va y resulta que eso también se acabó, porque ahora todo quisque ve las series y las pelis a través de internet. O sea, señoras y señores, llegados a este punto de la historia seamos valientes, tomemos el rábano por las hojas y el toro por los cuernos y proclamemos, sin temor a errar, que la tele, tal y como la hemos conocido, ha tocado a su fin. ¡Señoras, señores: la tele ha muerto! D.E.P.

Insisto, vivimos en la era de la información. Hoy en día los que están bien informados y, más aún, aquellos que controlan la información, son los auténticos reyes del mambo. Actualmente, estamos regidos por la inmisericorde presencia de los medios de comunicación e información. Primero, empezamos con el teléfono, fijo por supuesto. Le siguió la radio. Más tarde la tele, que como bien hemos apuntado, ha perecido bajo el implacable yugo de las nuevas tecnologías. El correo electrónico fue la bomba. Pero es que luego aparecieron los mensajes instantáneos o esemeese, que dicen los pijos, para agonizar bajo el atractivo guasap. El que hoy no tenga guasap está totalmente fuera de onda, no es un mod. Y por no hablar de otras redes sociales que nos han invadido y alienado: twitter, feisbuk, instagram,... Eso sí, nada ha superado la velocidad de entrega de información de los negros cuervos





de Juego de Tronos, que recorren los siete reinos en un pis pas, ante la fascinada admiración de sus fanáticos seguidores.

Qué tiempos aquellos en los que sabías perfectamente dónde encontrar a la cuadrilla, fuera la hora que fuese. ¿Las 8? En el bar Tolo. ¿Las 8 y media? En la tasca de la Sole. ¿Las 9? Pues otra vez en el bar Tolo. Ahora no. Ahora o quedas por guasap o date por perdido.

—¿No ha venido Pepe?

—¿Pepe? ¿Cómo quieres que quedemos con él? ¡Si no tiene guasap!

La información. Bastión de nuestra era. Poder fáctico donde los haya. Así lo entienden los pacientes cuando les realizan encuestas de satisfacción. Lo principal, la información, que por lo visto debe ser en lo que más fallamos los médicos. Eso sí, como punta de lanza de la satisfacción siempre marcan como fundamental

la preservación de su intimidad... ¡je, je! Intimidad salvaguardada por esos eróticos camisones de culo en pompa y nalgas al aire. Intimidad resguardada por esos biombos plásticos o de fina telilla que extendemos entre las camas de las habitaciones que al parecer ostentan la especial cualidad de una colosal capacidad para absorber los sonidos, impidiendo de este modo que el compañero de la cama de al lado pueda enterarse de que a su camarada de aposento le van a meter un dedo por salva sea la parte.

A veces lo que viene bien es la desinformación, que eso es lo que solicitó aquella chiquilla de nueve tiernos añitos, nieta de la señora Práxedes, que al intentar bajar resbalando por el barandado de su casa perdió equilibrio, yendo a caer por el hueco de la escalera ¡desde un cuarto piso! ante el repentino estupor de sus asustadas amiguitas. Y quiso la fortuna que fueran frenándole las

bombillas de los pisos que asomaban en su vertical trayecto cuales ángeles custodios y cayera al duro suelo sin hacerse nada. La aterrada niña, indemne, se levantó de un salto y, sacudiéndose la rozada ropa, suplicó a sus alarmadas amigas:

—¡Ay, por favor! ¡No le digáis nada de esto a mi abuela, que si se entera seguro que me mata!

Información, información e información. O desinformación. Depende.

### UNA CUALIDAD MÁS

Aquel pobre hombre de cincuenta y pico años padecía un severo retraso mental, a lo que había que añadir su condición de sordomudo. Acudía a la consulta acompañado de su anciano progenitor que, todo hay que decirlo, no evidenciaba un cociente intelectual digamos que muy elevado. El caso es que su pobre hijo se había dado un fuerte golpe en la

mano que le debía producir un insupportable dolor, ya que el desdichado no hacía más que quejarse.

–¡Pupu! ¡Pupu! –repetía lastimeramente sin cesar el infortunado personaje, mientras se frotaba la dolorida mano en un acto de rebajar la insufrible molestia.

La médico, que previamente ya se había informado de la infausta circunstancia personal del paciente, se dirigió hacia el padre de la criatura a fin de romper un poco la incómoda situación y le dijo, apuntalando lo que era más que evidente:

–Su hijo tiene un poquitín de retraso, ¿no? –intentando no obstante suavizar el tono ante la embarazosa situación.

–¡Bah! ¡En nuestra familia de eso tenemos todos! –contestó el padre sin pestañear, para añadir:

–Pero sabe, es que además este hijo mío ¡¡es sordo!!

### ¡MALDITA DIARREA!

Aquel joven varón, con cara de pocas luces, acudió a Urgencias seriamente angustiado porque llevaba unas pocas horas con una ligera diarrea. Su mayor preocupación era que desconocía qué alimentos podía comer para solucionar su problema defecatorio por lo que con gran desazón solicitaba ayuda inmediata.

–Es que mi madre (¡ay, las benditas madres!) me solía dar algo para comer que no recuerdo –comentó desconsolado y con voz contrita al médico que le atendía.

El galeno, objetivando el buen estado general, le indicó verbalmente:

–Mira, lo que debes hacer es estar unas horas sin comer nada sólido y cuando veas que se han cortado las diarreas, comer algo suave, como arroz, puré de zanahoria, pescado a la plancha,... cosas de ese tipo.

El paciente, más sosegado, agradeció las indicaciones y se fue de alta. O eso parecía, porque a los pocos minutos, el ínclito personaje volvió a aparecer por Urgencias, inquieto y bastante alterado, relatando que, con los nervios del momento, no le había quedado muy claro lo de los alimentos.

De nuevo, el médico, con paciencia infinita, le atendió amablemente y le entregó una hoja con recomendaciones dietéticas en caso de gastroenteritis aguda, reforzando la información mediante una sosegada explicación.

–Vamos a ver. Aquí, en esta hoja, vienen perfectamente indicados aquellos alimentos que ya te he recomendado: arroz, purés, pescado, pollo... Lo que ya te había explicado antes.

Y el joven volvió a irse de Urgencias. Aparentemente más tranquilo. Pero no por mucho rato, ya que a los pocos minutos, henchido de una mal tolerada ansiedad, se plantó de nuevo en el mostrador de admisión donde, la administrativa que le atendió con cara de gran asombro, soltó un espontáneo:

–Pero... ¿¿otra vez por aquí?! ¡¡Ya es la tercera vez en menos media hora!!

–Es que ¿sabe? –explicó con cara de pánfilo el pelmazo del paciente– El doctor no me ha dicho durante cuántos minutos tengo que hervir el arroz.

### LA NORA

Para quien no lo sepa Nora es un nombre habitual en mi tierra, en honor a la Virgen del mismo nombre. Pero además, es el apócope empleado en la medicina de emergencias para referirse a la noradrenalina.

Explicado esto (sobre todo para los de la LOMCE), comentaré el caso de aquella mujer atendida en

reanimación por un shock séptico debido a una colecistitis. Está claro que es necesario intervenirla quirúrgicamente cuanto antes, pero que, previamente necesita una estabilización hemodinámica que minimice riesgos, por lo que se contacta con la UCI, quienes recomiendan que, mientras bajan a reanimación, se le comience a administrar noradrenalina. Lo que coloquialmente, insisto, se conoce en los ámbitos médicos como la “nora”.

–¿Y la “nora”?

En camino –comenta la enfermera, mientras prepara la perfusión.

En esto, casi seguido, al poco rato, pregunta el cirujano:

–¿Y la “nora”?

Sí, que ya llega –informa la enfermera mientras prepara la perfusión.

Y el que llega es el intensivista que lo primero que pregunta es:

–¿Y la “nora”?

En marcha –responde tranquila la enfermera.

La pobre paciente miraba a unos y a otros con carucha y aspecto de lógica preocupación. Y en esas estaban, cuando al rato se tomó la decisión de que había llegado el momento de pasar a quirófano para poner remedio definitivo a aquella infecta vesícula. Y así se lo comunicaron a la angustiada mujer que, más asustada que un pollo en fiestas, y haciendo un encomiable esfuerzo, levantó la cabeza y dirigiéndose a todo el personal sanitario que la rodeaba preguntó con voz circunspecta y temblorosa:

Oigan, que digo yo que si antes de meterme al quirófano no sería mejor esperar a que llegue la tal Nora, que parece que es la que más sabe de estos temas.

¡Angelicos!

# La receta del Chef

79



Para estos días de fiestas, os proponemos una ensalada más especial para que sorprendáis a vuestros invitados. La elaboración es muy sencilla y muy práctica. Os llevará muy poco tiempo prepararla. En esta receta conseguimos unir tres posibles platos en uno: el típico jamón ibérico, el foie de picar y la ensalada.

Desde el Restaurante El Colegio os deseamos que empecéis muy bien el año.

*Urte berri on!!*

## Ensalada de brotes de lechuga, jamón ibérico, foie, y trufa

### Ingredientes (para 4 personas):

1 bolsa de brotes, 8 tomates cherry, 250 g Jamón Ibérico en lonchas, 1 trufa, 200 g de block de foie, s/c pipas de calabaza, s/c pipas de girasol, sal, aceite oliva virgen extra, vinagre de módena.

### Elaboración:

Limpiamos los brotes de ensalada con agua y los escurriremos bien. Lavamos los tomates cherry y los cortamos por la mitad. Partimos 4 trozos de block de foie. Cogemos los brotes en un bol y lo aliñamos con la sal, el aceite y el vinagre. Colocamos un puñado de brotes en el centro del plato y lo cubrimos con el jamón ibérico, colocamos 4 medios cherrys en el plato y el trozo de foie sobre el jamón. Rallamos un poco de trufa y decoramos con las pipas de calabaza y de girasol pintando a la vez con un poco de crema balsámico de módena. Y ya lo tendríamos listo para comer.



La receta del Chef



La receta del Chef





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

Fuente: Índice Stiga JUNIO 2016  
de Experiencia de Cliente ISCX

Hasta un

# 60%<sup>\*</sup> bonificación en su seguro de Automóvil

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



**www.amaseguros.com**  
**902 30 30 10 / 913 43 47 00**

Síguenos en



y en nuestra APP

## A.M.A. PAMPLONA

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

## A.M.A. PAMPLONA (Colegio Médico)

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

(\*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 31 de marzo de 2018. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.