PANACEA

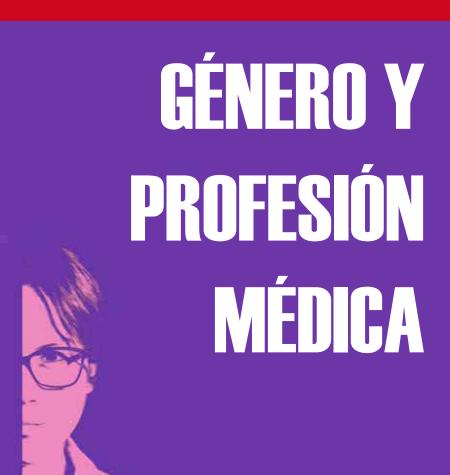
Abril 2018

Colegio Oficial de Médicos de Navarra

Plan Estratégico del Colegio 2018-2021

¿Qué debes saber sobre el protocolo de farmacovigilancia?

Complicaciones médicas durante el embarazo y el puerperio



QUERIDO COLEGIADO:

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



Ventajas:

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

20 años de experiencia organizando eventos profesionales y





CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS Avenida Baja Navarra, 47 - 31002 Pamplona

Teléfono 948 226 093 - Fax 948 226 528

www.elcolegiocongresosyrestaurante.com

Colegio de Medicos, un lugar emblemático

de Pamplona.

Salón "La Pérgola" con capacidad

pata 200 personas.

Salón de Congresos con capacidad para

300 personas.

SUMARIO

PANACEA

Revista trimestral del COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA

Abril 2018 - Nº 121

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

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

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

Fotografía:

Redacción.

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

Redacción v Administración:

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

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

NA. 100-1988 La Revista "PANACEA" no comparte necesariamente los criterios de sus colaboradores en los trabajos publicados en estas páginas.

PRECIO:

6 Euros (IVA incluido)

Destacamos...

Compromiso de Ablitas: El paciente y el derecho a la Salud.



Formación: El ejercicio físico como herramienta terapéutica en sobrepeso y obesidad.



Fundación para la Protección Social de la OMC: 37 beneficiarios en Navarra.



Cooperación: Crisis del sistema internacional de asistencia humanitaria.



Reportaje: Estrategia de humanización del sistema sanitario de Navarra.



...y ademas:

- Asamblea General de Colegiados 6
- Declaración de la OMC sobre 12 homologación
- Día Nacional contra las agresiones en el 14 ámbito sanitario
- V Certamen casos clínicos 19
- Actualización en osteoporosis en Atención 23 Primaria
- V Ciclo Salud de los Pies a la Cabeza
- Previsión Sanitaria Nacional 31
- V Jornadas en Diabetes de la SEMG 32
- I Jornadas de Actualización en Medicina 35 Reproductiva de SEMERGEN Navarra
- X Congreso de Medicina de Familia para 36 Estudiantes
- Sociedad Navarra de Endocrinología y 38 Nutrición de Navarra (SENNA)
- Género y Profesión médica. Entrevista 42 Juana Ma Caballín
- Recursos 2.0: Web para pacientes sobre 52 cuidados del fallo intestinal
- Divulgación: Complicaciones médicas 54 durante el embarazo y el puerperio
- 63 Exposición de pintura: Javier Beltrán
- Pacientes: Comedores compulsivos 64 anónimos
- 70 Clen College
- Restaurante El Colegio 72
- Universidad 74
- 78 Asesoría Jurídica
- Biografías Médicas 80
- 84 Anecdotario





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

ACUERDOS COMERCIALE:

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

Los acuerdos firmados con estas entidades contienen:

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

Acreditación del profesional por medio de la tarjeta colegial.

AMA

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

Gazpi, s.a.

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

Rigel - Diseño de interiores

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

Servicons, Reformas & Interiorismo

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

Salinas. Selección y Diseño s.l.

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

Previsión Sanitaria Nacional

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

Ford Pamplona Car

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

Óptica Unyvisión

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

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



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



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

Fax 948 20 67 59



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

EDITORIAL

Viabilidad y crecimiento sostenible, pilares del Plan Estratégico 2018-2021: Nueva etapa y muchos retos.

l Colegio Oficial de Médicos de Navarra afronta los próximos años con ilusión y optimismo, guiados por el nuevo Plan Estratégico 2018-2021. Hemos sentado las bases de nuestra estrategia y la hemos dotado de contenido con el fin de abordar el futuro de forma planificada y eficaz. Desde estas líneas, tenemos el honor de compartir con todas las personas que formáis parte de esta gran institución, los objetivos estratégicos que nos hemos fijado y las líneas de actuación que marcarán nuestro camino.

El Plan Estratégico 2018-2021 ha sido fruto de un proceso de reflexión que iniciamos en el último cuatrimestre de 2017. Un equipo comprometido, del que formó parte la Junta Directiva, y muchas horas de trabajo intenso han propiciado un instrumento que creemos útil y adecuado y que guiará nuestros pasos y, esperemos, atenderá vuestras necesidades presentes y futuras.

A lo largo de los últimos meses, han surgido muchas preguntas de carácter estratégico: ¿qué metas perseguimos?, ¿dónde queremos estar en los próximos años?, ¿cómo debemos actuar?, cuestiones todas ellas, que nos hemos afanado en responder, siempre bajo la premisa del principal objetivo establecido: garantizar la viabilidad y el crecimiento sostenible del Colegio de Médicos y sus entidades asociadas. Porque aunque vayan quedando atrás los momentos difíciles, aprender del pasado y aplicarlo en nuestro futuro, es fundamental para mejorar.

La reflexión estratégica emprendida nos ha llevado a definir de forma clara la visión de la entidad. El Colegio debe visibilizarse como una institución útil para el desarrollo profesional, representativa y garante de la independencia del acto médico, constituyéndose como referente en la aplicación de normas deontológicas y de opinión sanitaria. Desde este enfoque, hemos situado la transparencia, la ética, el respeto, la responsabilidad, la eficacia y eficiencia como valores fundamentales en el ejercicio de nuestra acción.

El plan estratégico para los tres próximos años, supone un hito y una nueva forma de hacer. Hemos establecido cinco grandes áreas de actuación que posicionen al Colegio como la entidad de referencia que es y posibiliten los recursos necesarios para su más eficaz funcionamiento. Para ello, como línea estratégica principal abogamos por mejorar la gestión de los servicios que ofrecemos y apostar por la excelencia en la orientación hacia nuestros clientes, internos y externos, potenciando la colaboración entre las distintas unidades de negocio e implantando sistemas de fidelización y vinculación. Como parte fundamental que sois de esta institución, queremos implantar un plan de promoción de los contactos profesionales con potenciación de las redes y adecuar los servicios orientados al desarrollo profesional bajo los estándares de innovación y calidad. Además, ampliar nuestra red de alianzas y colaboradores, así como mejorar nuestras instalaciones dotándolas de una mayor accesibilidad, son otros de los ejes de acción del Plan. Por último, con el fin de prepararnos ante los desafíos futuros, creemos que el Colegio debe avanzar hacia su profesionalización y establecer un sistema de gestión integrado que nos permita una mayor eficiencia y un riguroso control económico.

Como veis, son muchos los retos planteados a los que tratamos de dar respuesta con este plan que nace con un carácter dinámico, flexible y en constante adaptación y que -como no podría ser de otra manera en una institución con el carácter del Colegio- se podrá consultar en la web del Colegio, concretamente en el apartado de Transparencia. Es momento de agradecer la confianza que habéis depositado en la Junta Directiva para lograr, entre todos, un objetivo compartido: la excelencia y viabilidad del Colegio. Esperamos que el trabajo realizado responda a las necesidades del conjunto de la institución y os animamos a hacernos llegar vuestras valoraciones y sugerencias para la mejora continua del Plan Estratégico 2018-2021.

Junta Directiva del COMNA





■TRINI DÍAZ

septiembre de 2017, la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra decidió iniciar una reflexión sobre la situación de la Institución, así como sobre la misión, visión v valores de la misma. Fruto de esta reflexión se ha elaborado un Plan Estratégico para el periodo 2018-2021, que se presentó el pasado 24 de abril en la Asamblea General de Colegiados.

La Junta
Directiva
presenta
un Plan
Estratégico
para el
periodo
2018-2021.

El Dr. Rafael Teijeira, en su informe de presidencia, explicó que el principal objetivo del Plan Estratégico es garantizar la viabilidad y el crecimiento sostenible del Colegio de Médicos de Navarra y sus entidades asociadas. "Un Plan Estratégico permite gestionar al Grupo Colegio de Médicos con visión general, a medio y largo plazo, y dotar a las decisiones de foco y estabilidad; busca, además, la proactividad, permitiendo que la organización se anticipe en la toma de decisiones; y proporciona información cualitativa y no solo cuantitativa (que es más cortoplacista).

El Dr. Teijeira explicó el proceso seguido para la elaboración del citado Plan Estratégico, para el que se ha contratado a una consultoría externa, y que ha dado como resultado, en primer lugar, la definición de objetivos estratégicos alineados con la misión, "que deben ser claros, coherentes, medibles, alcanzables y motivadores". En un segundo momento, la definición de planes de acción para el cumplimiento de los objetivos estratégicos, y su selección y priorización en función de la visión, el tiempo disponible, los recursos necesarios y las oportunidades y los riesgos de cada alternativa.

El Plan Estratégico ha comenzado su implantación en 2018. El presidente del Colegio de Médicos detalló algunas de las acciones que se están acometiendo como la elaboración de la una encuesta que se enviará a los colegiados, el diseño de un Plan de Comunicación interna y externa para 2018 en línea con Plan Estratégico, la implantación de un plan de mantenimiento en la sede social y el resto de los locales, y acuerdos con instituciones y asociaciones de pacientes. Otra de las acciones que próximamente se pondrán en marcha es un portal de trasparencia en la web colegial.

PLAN ESTRATÉGICO: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN_

- Representar, defender y apoyar la profesión médica y a sus profesionales.
- Garantizar el desarrollo de una práctica médica ética y de calidad abierta a la sociedad.
- Prestar servicios con el objetivo de formar, fomentar y apoyar el desarrollo profesional de los colegiados.

VISIÓN_

- Una entidad propia, útil para el desarrollo profesional, cercana al colegiado, representativa y garante de la independencia del acto médico.
- Referente en gestión y servicios colegiales.
- Referente de aplicación de normas deontológicas y de opinión sanitaria.

VALORES

- Transparencia: portal de transparencia.
- Ética.
- Eficacia y eficienciasostenibilidad/coherencia.
- Respeto y responsabilidad.



Asistentes a la 1 Asamblea de colegiados.

CUOTAS COLEGIALES CONGELADAS

La Asamblea General de Colegiados aprobó el balance de cuentas del 2017 y los presupuestos para el año 2018, que mantienen por undécimo año consecutivo la congelación de la cuota que los colegiados abonan al Colegio de Médicos de Navarra. También permanecerá congelada la cuota de entrada (primera colegiación) o traslado a Navarra.

El presidente del Colegio de Navarra se comprometió a "continuar con una gestión económica austera, eficiente y auditada" y recordó que, por acuerdo adoptado el pasado año en la Asamblea de colegiados, los recibos trimestrales de las cuotas colegiales presentan los datos disgregados en los siguientes conceptos e importes:

Parte especial Colegio de Navarra: 17,65 €

Parte OMC Consejo: 10,00 € Parte OMC Colegio: 40,00 €

Total: 67,65 €

Se oferta, **con carácter voluntario**, la cuota de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos "Príncipe de Asturias" por importe de 23,77 Euros.



Presentación del informe económico, respaldado por la Asamblea.



Colegiación:

204 altas (114 nuevos Mires) y 135 bajas (92 traslados interprovinciales, 20 fallecimientos, 16 traslados internacionales y 7 bajas voluntarias). En la actualidad, 3.508 colegiados activos en Navarra (a 31 de diciembre del 2017), con una edad media de 46,19 años.

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME):

5 nuevos casos. Mantiene 32 expedientes activos.

Asesoría jurídica:

Para el Colegio (y sus empresas): 214 consultas y 39 escritos, informes o dictámenes. Para los médicos colegiados: 255 consultas, 10 procedimientos administrativos (que afectan a 25 médicos) y 2 recursos contencioso-administrativos y en vía social.

Comisión Deontológica:

Ha mantenido 8 reuniones, ha tramitado 5 casos o consultas de colegiados, ha realizado 7 consultas o informes sobre diferentes aspectos éticos y deontológicos y ha estudiado los documentos aprobados por la Asamblea General de la OMC.

En el año 2017, la Comisión se ha ampliado con más profesionales con formación específica o que hayan acudido a los cursos de Ética Médica y Deontología organizados por la Comisión y que representen a las diversas especialidades y modalidades de la práctica médica pública y privada.

Coordina el Programa de Ética Clínica del Colegio, ha participado en el V Congreso de Deontología Médica y colabora en actividades colegiales, profesionales o convocadas por la Organización Colegial.

Bolsa de empleo:

Ha registrado 318 ofertas, de las que el 16% tienen su origen en Navarra, el 42% en el resto de España y el 42% restante en Europa (principalmente Francia, Suecia e Irlanda).

Por especialidades, el 31% demandan médicos de Atención Primaria, el 13% psiquiatras, el 7% ofertan plazas de Medicina del Trabajo, el 6% médicos de urgencias y el 4% radiólogos.

Registro de méritos:

La Oficina de Desarrollo profesional ha trabajado en 162 expedientes con proceso de registro e informe, 130 informes para tramitación de la Carrera Profesional y 28 para contratación temporal y méritos.

Formación continuada:

La Sección Académica ha organizado 19 actividades, en las que han participado 710 médicos. Destaca la alta valoración en créditos otorgada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra y la satisfacción expresada por los participantes en las encuestas.

Para el año 2018, el Plan de formación incluye 25 actividades, con una total de 800 plazas.

Sociedades científicas:

Han realizado 122 sesiones en la sede del Colegio (44 administrativas y 78 acciones formativas). La Oficina de Desarrollo Profesional ha prestado apoyo técnico a 16 actividades.

En la actualidad, 18 sociedades científicas tienen sede en el Colegio de Médicos de Navarra. SENNA y SONARE se han constituido en los últimos meses.



NUEVAS INCORPORACIONES A LA JUNTA DIRECTIVA

DR. CARLOS BEAUMONT ESTRENA LA VOCALÍA DE MÉDICOS TUTORES



Carlos Beaumont.

El Dr. Carlos Beaumont Caminos se incorpora a la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra como Vocal de Médicos Tutores, un colectivo que hasta ahora no estaba representado y que aglutina a unos 225 profesionales de las unidades docentes de los centros públicos y privados de Navarra.

Es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y desde el año 2003 ha trabajado como médico de Urgencias, primero en el Hospital de Navarra y más tarde en urgencias rurales y en el Hospital Virgen del Camino. En el año 2014 se incorpora al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, donde además es tutor de residentes MIR y miembro de su Comisión de Docencia.

El Dr. Beaumont trabajará en Navarra los objetivos planteados por la Vocalía Nacional de Medicos Tutores y Docentes de la OMC, entre los que destaca: promover un mayor reconocimiento del médico tutor como figura central y responsable del cumplimiento del programa docente MIR y su acreditación oficial; instar a las autoridades pertinentes para que el médico tutor disponga del tiempo necesario para su ejercicio docente; proponer la unificación y homogeneización de la evaluación del MIR; e implantar un programa de formación específica para el médico tutor.

DRA. JUANA CELAY, EN LA VOCALÍA DE MEDICINA RURAL



Juana

Celay.

La Dra. Juana Celay Rodrigo sustituye a Susana Miranda (que ahora ocupa la vicesecretaría) en la Vocalía de Médicos Rurales. Desde el año 2014 es médica de Atención Primaria rural en el consultorio Erro. Con anterioridad ha trabajado en centros

de salud urbanos (Chantrea, Barañáin...), en el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias (SUR) y en urgencia rural.

Define la situación de la Atención Primaria rural como preocupante por la dificultad para encontrar médicos de Familia y Pediatras dispuestos a trabajar en Navarra; por el éxodo de profesionales hacia otras comunidades, provincias limítrofes y otros países europeos que ofertan plazas de trabajo en condiciones laborales más atractivas; y por la jubilación de un importante número de profesionales a medio plazo. Una situación, que si ya es grave en Atención Primaria urbana, se agudiza en la zona rural cuando se añaden desplazamientos, dispersión, etc... Otros motivos de preocupación son: "la presión asistencial en núcleos de mayor población, la falta de fluidez en la comunicación con Atención Especializada, la sobrecarga de tareas en relación con protocolos que compartimos con Atención Especializada y que, de momento, no lideramos".

Para la nueva vocal de Medicina Rural "éstos y otros problemas influyen negativamente en el tiempo dedicado al paciente y en la motivación profesional, elementos primordiales para alcanzar y mantener la relación de confianza médico-paciente, que es la base de la Atención Primaria".

Su primer objetivo al frente de la Vocalía es llegar a los colegiados "y que nos perciban cómo una de las voces que puede transmitir sus opiniones, sugerencias y críticas a las instituciones que tienen poder de decisión, siempre en aras de mejorar los problemas del colectivo médico".

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA

Con el fin de informar a los colegiados de todas las actividades realizadas por la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de los meses de enero, febrero, marzo y abril.

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 y Linkedin, a los que podéis acceder a través de la página web (www. medena.es)

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

ENERO	Lun, 8	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Mart, 13	Grupo de trabajo con secretaría de la OMC (Madrid).	Secretaría y Vicesec.	
	Lun, 15	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Vie, 19	Pleno OMC (Madrid).	Presidencia.	
		Asamblea OMC (Madrid).	Presidencia.	
	Lun, 21	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Lun, 29	Reunión Junta Directiva.	J. Directiva.	
EBRERO	Lun, 5	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Mar, 6	Reunión con Consejería de Salud.	Presidencia y Tesorero.	
	Jue, 8	Inauguración de Jornadas JOICE-UNAV.	Tesorero.	
	Vie, 9	Pleno OMC (Madrid).	Presidencia.	
	Lun, 12	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Lun, 19	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Jue, 22	Debate sobre Mujer y Profesión Médica	P ^{ta} de la C.	
		(OMC-Madrid).	Deontológica.	
	Lun, 26	Reunión Junta Directiva.	J. Directiva.	
	Mar, 27	Comité de la revista Panacea.	Comité y Tesorero.	
	Mar, 27	Reunión con Fiscal Superior e interlocutores	Presidencia.	
		policiales (Agresiones).		
MARZO	Lun, 6	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Lun, 6	Conferencia La crisis del sistema internacional de	C. Permanente y Of.	
		asistencia humanitaria.	Cooperación.	
	Lun, 12	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Jue, 15	Día Nacional contra las agresiones a sanitarios.	Presidencia.	
	Jue, 15	Jornada "Cómo debe ser la Atención Primaria del futuro. Reflexión estratégica".	Vicesecretaria.	
	Vie 16	Clausura X Congreso de Medicina de Familia	Vicepresidencia.	
	V10, 10	para estudiantes.	vicoprodiacitola.	
	Lun, 19	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	Mié, 21	Jornada "Plan de participación para la	Vicesecretaria.	
		aprobación de la estrategia de envejecimiento		
		activo y saludable de Navarra y elaboración de		
		un plan de acción global".		
	Vie, 23	Reunión con AMA (Madrid).	Presidencia y gerencia.	
	Lun, 26	Reunión Junta Directiva.	J. Directiva.	
ABRIL	Lun, 9	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
		Reunión con los estudiantes.	Voc. de Médicos	
			Tutores.	
	Vie, 13	Compromiso Ablitas.	Presidencia.	
		Comité de Dirección.	C. Permanente.	
	•	Comité de Dirección.	C. Permanente.	
		Asamblea General de Colegiados.	J. Directiva.	
	1	Descrite I water Direction	I Discoting	



Lun, 30 Reunión Junta Directiva.

J. Directiva.



Para la Organización Médica Colegial (OMC) no es aceptable, en modo alguno, la contratación de médicos, por parte de gerencias sanitarias/direcciones de RRHH en diferentes CCAA, con titulaciones no homologadas o sin reconocimiento a efectos profesionales. Así lo manifiesta en una Declaración sobre Homologaciones de Títulos Médicos y Contrataciones, refrendada por el Pleno del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) en la reunión celebrada el 9 de febrero en la sede de la corporación médica. Las profesiones tituladas, reguladas, colegiadas y con re-

serva de actividad, como la profesión médica, tienen su régimen de garantías y su propia justificación en un ejercicio competente, de calidad y con plena seguridad en atención al interés público y la seguridad de los pacientes.

El médico es un profesional altamente cualificado, cuyas competencias requieren de un entrenamiento y formación regulada, adecuada y sujeta a programas legales.

Como condición para acceder al ejercicio profesional se hace necesaria la protección del título, a los efectos de impedir el acceso al ejercicio a personas no cualificadas.

Es el primer fundamento de la responsabilidad individual del profesional y de su independencia y, asimismo, de la corporación profesional colegiada en la que ha de estar integrado a los efectos de garantizar los intereses y la seguridad de los ciudadanos.

Es también condición indispensable para que no haya dudas sobre que los servicios prestados por dicho profesional cumplen todos los requisitos cualitativos y cuantitativos exigibles de conocimiento, formación y competencia.

Garantizar la práctica profesional segura, de calidad y competente es el fin último, y una garantía para los usuarios del sistema sanitario.

Las Administraciones sanitarias y los Colegios de Médicos han de velar por este cumplimiento.

El registro en el Colegio profesional médico garantiza:

La comprobación segura al registro de Titulación del Mº de Educación Mº de Sanidad, mediante consulta automatizada electrónica.

La consulta pública de médicos colegiados, especialidad y estado de habilitación profesional.

Es muy importante que los procedimientos para regular las condiciones de reconocimiento/homologación de títulos extranjeros de especialista en las diferentes ramas médicas, obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea, no vayan en detrimento de los altos niveles de calidad consequidos en la mayoría de los estados miembros de la UE en lo que a formación especializada reglada se refiere.

COMPETENTE.

SEGURA, DE CALIDAD Y

¿Qué dice el Código de Deontología Médica?

El Código de Deontología Médica, actualizado en 2011, es muy explícito al respecto:

Art. 24: Los actos médicos especializados deben quedar reservados a los facultativos que posean el Título correspondiente...

Art. 26.8: El médico tiene el deber de denunciar al Colegio a quién, no siéndolo, ejerza actividades médicas y al médico que no posea la cualificación adecuada a su práctica habitual. Nunca deberá colaborar ni contratar a profesionales que no posean la debida cualificación.

Los títulos médicos homologados académicamente/reconocidos a efectos profesionales por la Autoridad Competente MECD – MSSSI) constituyen el documento formal oficial/credencial, más fiable para la acreditación de la condición profesional.

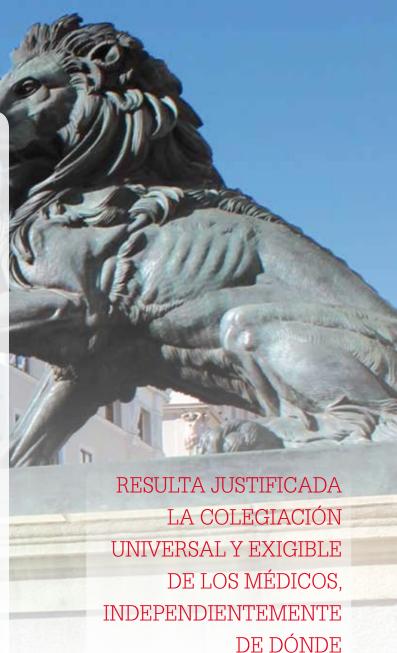
El título debe constar registrado en el Registro Nacional de Títulos para proceder a la Colegiación Médica exigible en nuestro País para ejercer profesionalmente tanto en el sector público como en el ejercicio privado.

Para el ejercicio profesional es exigible el registro en el Colegio profesional para comprobación de la legalidad del Título y resto de condiciones de habilitación según modelaje (licencia para el ejercicio). El Colegio Médico regula y garantiza la habilitación profesional.

Nunca deben desarrollar funciones como especialista, sin la debida credencial legal de homologación/reconocimiento a efectos profesionales que corresponda, y en todo caso el Colegio Médico debe ser la referencia de que dicha titulación se ha comprobado y es adecuada (habilitación profesional) en base a los registros legales que el Ministerio de Educación y de Sanidad disponen (Autoridades Competentes a tal efecto)

Para la Organización Médica Colegial (OMC) no es aceptable, en modo alguno, la contratación de médicos, por parte de gerencias sanitarias/direcciones de RRHH en diferentes CCAA, con titulaciones no homologadas o sin reconocimiento a efectos profesionales (lo cual constituye una ilegalidad y una irresponsabilidad), ni tampoco contrataciones simuladas para un cometido profesional básico y posteriormente adscripciones a servicios especializados sin que el profesional posea la correspondiente Titulación debidamente legalizada.

La colegiación universal y exigible de los médicos, independientemente de donde desarrollen su actividad profesional, resulta justificada por razón de la tutela del interés general que concurre en el ejercicio de la profesión médica.



DESARROLLEN

SU ACTIVIDAD

PROFESIONAL.

Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario

Con motivo de la celebración el 15 de marzo del Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario, el Departamento de Salud presentó la campaña 'Relaciones Saludables' para fomentar la colaboración y el respeto entre pacientes y profesionales sanitarios, ya que en los últimos años se ha ido incrementando el número de notificaciones de agresiones en el sistema sanitario público. En la presentación de la campaña estuvieron presentes representantes del Colegio de Médicos y de Enfermería, los colectivos que más sufren las agresiones.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, resaltó la "preocupación" por el hecho de que las notificaciones de agresiones a facultativos se hayan incrementado y enfatizó un mensaje de unidad y colaboración para revertir esta situación. "Son datos que nos preocupan y sobre los que las instituciones debemos unir fuerzas, y plantear mecanismos y acciones coordinadas". Recalcó que "el avance en el marco normativo es claro ya que la reforma del Código del Penal de marzo de 2015 reconoce la agresión a los médicos en el ejercicio de su profesión como atentado a la autoridad. Quedan, sin embargo, fuera de esta modificación legal los médicos que actúan en el ámbito privado por lo que estamos trabajando para que se avance en su cobertura"

"Frente a las agresiones en el ámbito sanitario debemos unir fuerzas y plantear acciones coordinadas"





nes que contribuyan a erradicar este tipo de agresiones y dar una respuesta ágil, coordinada y personalizada a los médicos de Navarra.

Ofrece un servicio de asesoría per-

Ofrece un servicio de asesoría personalizada que permite que el personal médico que ha sufrido una agresión esté acompañado por un letrado desde el inicio del proceso. Además, el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) facilita la valoración confidencial y personalizada si el profesional necesita una asistencia en el ámbito psicológico. También dispone de un servicio de atención telefónica y correo electrónico desde los que se brinda la ayuda legal personalizada que necesiten.

El Colegio de Médicos de Navarra y la Fiscalía Superior de Justicia de Navarra firmaron, en febrero de 2012, un protocolo de actuación "que garantiza una atención eficaz y rápida en los casos de agresiones contra médicos y que permite, además, un seguimiento del procedimiento más completo".

Respecto a la figura del interlocutor policial, Teijeira destacó que surgió de una reunión de colegios profesionales con los cuerpos de seguridad a nivel nacional. Los interlocutores están nombrados tanto en la Guardia Civil como en la Policía Nacional y también actúan en la Policía Foral. "En Navarra, ya ha habido una coordinación a través de la Fiscalía Superior y están trabajando conjuntamente en este tema. En concreto, se está realizando la primera fase que es la evaluación de situaciones de riesgo".

Presentación de la campaña
'Relaciones Saludables' para fomentar
la colaboración y el respeto entre
pacientes y profesionales sanitarios
en el Servicio Navarro de SaludOsasunbidea.

Navarra: Aumentan un 38% las notificaciones de médicos que sufren agresiones

Según datos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, la mayoría de las notificaciones se han realizado desde el estamento médico (87 casos), seguido de Enfermería (79). En el caso de los médicos, supone un aumento del 38% respecto a las registradas en 2016 que fueron 63.

En las notificaciones registradas, el 72% de los episodios de agresión son protagonizados por pacientes y el 28% por familiares o acompañantes. Por ámbitos, la mayor parte se producen en el Complejo Hospitalario de Navarra, seguidas de Atención Primaria, de Salud Mental y unidades de hospitalización de pacientes con trastornos mentales.

Las tres principales causas que se han identificado como generadoras de la agresión son la discrepancia con el tratamiento o el diagnóstico, la falta de conexión con la realidad del paciente con alteraciones mentales hospitalizado y la disconformidad del usuario con la aplicación de los protocolos existentes.

Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC)

El Observatorio Nacional de Agresiones, que se puso en marcha hace ocho años, presentó los datos de violencia registrados en 2017, a nivel estatal, que ascendieron a 515 casos frente a los 495 del año anterior, lo que supone un aumento del 4%.

En concreto, en este último año, los datos registrados revelan un moderado crecimiento de estas conductas violentas en el ámbito sanitario (354, 344, 361, 495 y 515 agresiones en 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017). La tendencia ascendente se mantiene por tercer año consecutivo.

Estos son los datos de los episodios recogidos por las corporaciones colegiales, convirtiéndose en la punta del iceberg de la realidad de un problema que va más allá.

Lesiones, amenazas, coacciones, maltrato, injurias y/o vejaciones centran la mayor parte de las 3.429 agresiones que han sufrido los médicos en el ejercicio de su profesión en toda España en los siete últimos años, según los datos del Observatorio. De los casos de violencia que se contabilizaron, el 12% de ellos acabó con lesiones, el 32% fueron insultos y el 56% amenazas. Estos episodios cercenan la confianza médico-paciente, incrementan el estrés laboral del médico y es una agresión tan grave como la física.



Rafael Teijeira refuerza la apuesta del Colegio por la excelencia profesional.

La Jornada, promovida por medio centenar de organizaciones sanitarias de ámbito nacional e internacional, se celebró en el Colegio de Médicos.

l pasado 13 de abril, el Colegio de Médicos acogió una Jornada con el título "El paciente y el derecho a la Salud", que se enmarca dentro del denominado "Compromiso de Ablitas", un documento firmado en 2014 en la citada localidad navarra por 37 organizaciones sanitarias, como colofón al "Congreso de Redes Integradas de Servicios de Salud". En dicho documento, compuesto por 10 puntos, las entidades participantes mostraban su compromiso de trabajar por la mejora de los sistemas sanitarios de todo el mundo. Entre los firmantes, figuran asociaciones de pacientes, organismos internacionales, colegios profesionales (entre los que se encuentra el Colegio de Médicos de Navarra), asociaciones de gestores sanitarios, fundaciones públicas y privadas.

La iniciativa ha ido creciendo con el tiempo, de forma que ahora son ya medio centenar las organizaciones y asociaciones participantes. Uno de los puntos del documento, el derecho de las personas a la salud, es el que ha dado pie a la citada Jornada, promovida por el colectivo firmante del Compromiso Ablitas y por la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, con la colaboración del Gobierno de Navarra.

■ TRINI DÍAZ

En el acto inaugural participaron el consejero de Salud del Gobierno de Navarra, Fernando Domínguez; el promotor del proyecto Ablitas y presidente de la Organización Española de Hospitales y Servicios de Salud, José Soto; el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira,;y el alcalde de Ablitas, Cecilio Antón.

El programa incluyó conferencias a cargo de Joan Carles March Cerdá, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública; del director general de Salud del Gobierno de Navarra, Luis Gabilondo, quien comentó las bases para una nueva ley foral de salud; y del filósofo Javier Sádaba sobre "el sistema sanitario y yo". Se desarrollaron, además, dos debates sobre los derechos de los pacientes y los resultados de la actividad sanitaria.

Inauguración de la Jornada. De izquierda a derecha: Rafael Teijeira, Fernando Domínguez, José Soto y Cecilio Antón.

Conferencia de Joan Carles March Cerdá, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.





Intervención del presidente del Colegio de Médicos de Navarra

En la inauguración, Rafael Teijeira reiteró el apoyo del Colegio de Médicos de Navarra al compromiso Ablitas desde su creación porque es "una buena hoja de ruta para propiciar acciones que faciliten el cambio inevitable hacia la humanización de la asistencia, en un marco de participación social activa que coloque al paciente en el centro del sistema sanitario".

Para ello -subrayó- este Colegio de Médicos seguirá reforzando la formación médica continuada de los médicos en Navarra, el desarrollo profesional continuo y la Validación Periódica de la Colegiación (VPC); está última otorga credibilidad a los Colegios, y seguridad al colegiado y al paciente".

Añadió que "nos preocupa, además, ofrecer y mantener una formación en valores, pilar de una profesión como la Medicina. Nuestro Código

de Deontología está en permanente actualización y disponemos de otros documentos que marcan el camino, como el editado por la Organización Médica Colegial en el año 2014 sobre el "Buen quehacer del médico". Su índice resume las pautas para una actuación profesional de excelencia en la relación con el paciente, en la competencia profesional, en la comunicación y colaboración, en las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo, en la seguridad del paciente y la calidad del sistema sanitario.

Finalmente, enfatizó la necesidad de "seguir formalizando acuerdos de colaboración y acciones conjuntas entre instituciones, organizaciones profesionales, asociaciones de pacientes y agentes sociales, que nos ayuden a continuar dando respuesta a las necesidades de los profesionales y la ciudadanía".





Público asistente a la Jornada. 1

ma sanitario, que conlleve cambios de hábitos y actitudes tanto en los pacientes como en los profesionales, con el fin de garantizar a las generaciones futuras "un sistema sanitario público y universal de calidad".

Una transformación que debe tener su reflejo en una nueva Ley Foral de Ordenación del Sistema Sanitario Público, en la que ya ha comenzado a trabajar el Gobierno de Navarra, según explicó el consejero, y que "debe basarse en un consenso social y político que permita garantizar su permanencia en el tiempo".

Se refirió también a la responsabilidad que tienen las administraciones en la buena marcha del sistema sanitario público. En este sentido, destacó que el presupuesto del Departamento de Salud ha crecido un 13,5% en lo que va de legislatura, lo que ha permitido reducir en más de un 33% el número de pacientes en lista de espera de consultas externas y "promover cambios del modelo de intervención en la estrategia de crónicos, la potenciación de la hospitalización a domicilio, los programas de envejecimiento activo y de mejora de la capacidad funcional, entre otros".

En cuanto a los retos pendientes, el consejero de Salud destacó la humanización de la atención sanitaria. "La calidad no es sólo técnica. Hacer bien las cosas exige pensar en la persona, en sus necesidades, vivencias y valores; tomar en consideración sus dudas y temores y sus dificultades para afrontar su enfermedad". Como ejemplo de los pasos dados en este camino, citó las mejoras introducidas en el acompañamiento e instalaciones pediátricas.

La corresponsabilidad de la ciudadanía es otra de las necesidades del sistema. "Debemos realizar las acciones necesarias -explicó Fernando Domínguez- para lograr que las sucesivas generaciones vivan la salud de manera más positiva y proactiva y estén más capacitadas para cuidar de su salud y para valorar y afrontar con criterio y con menor temor sus síntomas y malestares". En caso contrario, indicó "estamos abocados a un sistema sanitario poco sostenible y a un permanente conflicto entre las expectativas y la realidad". Para

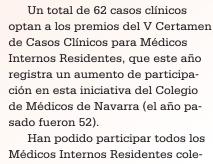
conseguir este objetivo, defendió el trabajo de las escuelas de salud, de pacientes, de mayores, etc., como las que impulsa el Gobierno de Navarra y el papel activo de las asociaciones de pacientes como garantes de sus derechos.

Finalmente, aludió a la necesidad de garantizar la sostenibilidad y la calidad del sistema público, que definió como "la principal responsabilidad" del Gobierno. Con este fin, se ha puesto en marcha la nueva estrategia "Osasunbidea, Caminando por la salud", que busca la consecución de forma simultánea de cuatro grandes metas finales para el sistema de salud navarro: mejorar la salud de la población navarra priorizando la prevención y promoción comunitaria; prestar una atención integrada sanitaria y sociosanitaria centrada en el paciente; mejorar la eficiencia, calidad y seguridad de la atención; y promover la implicación y satisfacción del conjunto de profesionales del Sistema Público de Salud".

62 casos clínicos participan en el V Certamen para Médicos Internos Residentes

El 9 de mayo:

Presentación de los finalistas y entrega de premios.



giados en Navarra y que se hayan realizando el MIR en cualquiera de los Centros Acreditados de la Comunidad Foral, en la fecha de

finalización del plazo de entrega de los casos clínicos que fue el pasado 9 de abril.

Entre todos los casos clínicos presentados y aceptados, el Comité Científico designado por la Junta Directiva del Colegio de Médicos como Jurado, selecciona mediante plicas cerradas los diez mejores para su exposición oral, que tendrá lugar el próximo 9 de mayo,

en el Salón de Actos, en una sesión en la que se decidirán los premiados. Ese mismo día, quedarán además expuestos

los pósters de los casos clínicos seleccionados entre los puestos 11 y 20. El Jurado elegirá el mejor de ellos, que tam-

bién será premiado.



Los premios estarán dotados con la siguiente cuantía económica:

Primer premio: 1000 € Segundo premio: 750 € Tercer premio: 500 €

Premio al mejor póster: 300 €

Posteriormente, los veinticinco casos clínicos seleccionados para su presentación oral y en formato póster serán publicados en un libro, que editará el Colegio de Médicos de Navarra.



El ejercicio físico como herramienta terapéutica en sobrepeso y obesidad

De la pastilla a la zapatilla: prescripción con receta en la Zona Básica de Huarte.

■IDOIA OLZA

El 29 de enero y el 6 de febrero, las Dras. Ana Zugasti y Estrella Petrina, especialistas en Endocrinología y Nutrición en el CHN, coordinaron un Taller sobre el Manejo clínico en sobrepeso y obesidad. Ejercicio físico en prevención y tratamiento.

El objetivo general del taller era actualizar conocimientos y mejorar la competencia para la prescripción de ejercicio físico como herramienta terapéutica en sobrepeso-obesidad, en la prevención de complicaciones y en la mejora de la calidad de vida en otras patologías crónicas.

Participaron como docentes los Dres. Maite Ayarra, especialista en Medicina Fa-

miliar, del centro de salud de Huarte-Pamplona; Javier Gómez, profesor de Nutrición y Bromatología de la Unidad Docente de Endocrinología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra; Javier Santos, especialista en Medicina del Deporte del Centro de Estudios, Investigación y Medicina del Deporte del Instituto Navarro de Deporte; Mikel Izquierdo, doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, catedrático de la UPNA; y Cristina Román, especialista en Medicina del Trabajo, del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. del Área de Salud de Tudela.



"DE LA PASTILLA A LA ZAPATILLA"; UNIDOS POR TU SALUD....
"BOTIKA GUTXITU ETA GEHIAGO MUGITU!!!": ZURE OSASUNAGATIK BAT EGINIK...

La Dra. Maite Ayarra expuso el Programa de Actividad Física realizado en la Zona Básica de Huarte, denominado "De la pastilla a la zapatilla". El proyecto consiste en realizar una Prescripción Sanitaria de Actividad Física mediante receta.

En octubre de 2016 se implantó este proyecto de Promoción de Salud, en coordinación con los recursos deportivos de la Zona Básica de Huarte, que atiende a la población del Valle de Esteribar, Valle de Egües y Huarte.

Este proyecto, explica la Dra. Ayarra, parte de la consideración de la actividad física como herramienta preventiva y terapéutica indiscutible para el mantenimiento de la salud y el control de enfermedades crónicas". La OMS predice el sedentarismo como una de las cuatro primeras causas de mortalidad en los países desarrollados.

Además, "el consumo exponencial de recursos sanitarios y la limitación de éstos hace necesario que se gestionen todos los servicios relacionados con la salud de la manera más eficiente y propiciando la equidad en la utilización de los mismos". Y sobre todo, señala, porque "creemos que la población es corresponsable en el mantenimiento de la salud".

¿En qué consiste el proyecto?

A grandes rasgos, expuso la Dra. Ayarra, "el proyecto se basa en realizar una prescripción sanitaria de actividad física a través de una receta, en la que constan los datos del paciente, la indicación Cardiosalud o Hidroterapia y dirigir a los pacientes a los servicios deportivos donde se les explica el Programa de Actividad Física".

Dicho programa consiste en el aprendizaje y seguimiento de un plan de ejercicios adecuados a las diferentes patologías. El de Cardiosalud es continuo y el de Hidroterapia se desarrolla entre 4 y 6 semanas, según unos criterios de derivación consensuados por el equipo sanitario.

La oferta de servicio Cardiosalud está orientado a personas de riesgo cuidadoras.

Conclusiones

La Dra. Ayarra presentó las conclusiones del Programa:

- Los pacientes que acuden a los Programas de Actividad Física, tanto Cardiosalud como Hidroterapia, se sienten mejor, con mayor nivel de salud percibida y mejor en todas las dimensiones analizadas.
- Los pacientes evaluados del programa Cardiosalud han mejorado ligeramente en los parámetros biológicos evaluados y de manera sustancial en los parámetros de fuerza, agilidad y coordinación. Al analizar estas mejoras deberíamos de considerar que la edad implica un deterioro funcional en las personas y que los pacientes, a pesar de su edad, no solo no han empeorado sino que han mejorado.

Maite Ayarra expuso el Programa de Actividad Física realizado en la Zona Básica de Huarte, denominado "De la pastilla a la zapatilla". 🔻



Testimonio de una paciente: "estoy encantad<u>a"</u>

Teresa Montes es una paciente del centro de salud de Huarte-Pamplona. Tiene 71 años, es diabética y toma medicamentos para el colesterol, hipertensión arterial y también diuréticos.

Su médica desde hace años, la Dra. Maite Ayarra, le "recetó" el programa de Hidroterapia, y posteriormente, el de Cardiosalud. Ahora lleva ya un año con el Programa y acude al gimnasio tres veces por semana. Participó en el taller, y se siente "encantada", asegura que se encuentra mucho mejor, y "aconsejo a mis amigas a que también lo practiquen".

Teresa es una de las pacientes, aunque no es lo más frecuente, que han dejado de tomar medicamentos, ahora solo mantiene el diurético.

Con ella se hace realidad el nombre del Programa "De la pastilla a la zapatilla".

Vivifrail: prescripción de ejercicio físico en pacientes mayores

El Dr. Mikel Izquierdo expuso los beneficios del ejercicio en las personas mayores, en la prevención y control de los pacientes con Diabetes tipo II: "la actividad física regular puede mejorar la resistencia a la insulina y la tolerancia a la glucosa y es altamente efectiva en la prevención y retraso en la aparición de la diabetes tipo 2 en personas con problemas en la regulación de alucosa".

También habló de los beneficios en el control de peso: la práctica de actividad física regular ayuda a tener y mantener un peso saludable; "además, con el entrenamiento de fuerza, se ha observado que se mejora la fuerza y masa muscular al mismo tiempo que se reduce la grasa".

Se refirió, en concreto, al Programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la

fragilidad y caídas en mayores de 70 años, Vivifrail. Está dirigido a personas por encima de los 70 años y promueve la práctica de ejercicio físico para mejorar la fuerza, la capacidad de caminar y el equilibrio, mientras se evita la fragilidad y disminuye el riesgo de caídas.

En este Programa, se realiza una valoración funcional y de riesgo de caídas para agrupar a las personas mayores de 70 años en cuatro categorías: limitación severa (dependientes), limitación moderada (frágil), limitación leve (frágil, pre-frágil), y limitación mínima o sin limitación. Y a cada categoría se asigna un programa de entrenamiento que incluye ejercicios de fuerza y potencia, resistencia cardiovascular muscular, equilibrio y marcha y de flexibilidad.

Izquierdo advierte de que "mala salud, discapacidad y dependencia no son inevitables consecuencias del envejecimiento. La promoción de un estado de vida saludable, evitar el sedentarismo y la práctica de actividad física ha demostrado ser efectivo para las personas frágiles en la medida que mejorarán su independencia y probablemente se reducen los costes sanitarios asociados a este respecto".

Maite Ayarra y Mikel Izquierdo presentaron programas de prescripción de ejercicio físico.

> Se puede descargar el Programa de ejercicio físico multicomponente Vivifrail (guía práctica), a través de este enlace:

http://vivifrail.com/es/ documentacion/send/2documentos/20-guia





■IDOIA OLZA

La osteoporosis es una enfermedad de elevada prevalencia que, en ausencia de fracturas, es asintomática. El abordaje por parte del médico de familia debe orientarse fundamentalmente a una buena prevención, a un diagnóstico acertado y a un tratamiento adaptado a cada paciente. Este fue el tema que se abordó en el curso sobre Actuación en Osteoporosis para Atención Primaria, que se celebró en el Colegio de Médicos, los días 14 y 21 de marzo.

El coordinador del Curso fue el Dr. Eduardo Loza, jefe del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra. Participaron como docentes los siguientes facultativos especialistas de este Servicio: Natividad Del Val, Rosario Ibáñez, María Concepción Fito, María Loreto Horcada, Vicente Aldasoro, Laura Garrido y Ricardo Alfonso Gutiérrez.

La Dra. Rosario Ibáñez habló sobre el Diagnóstico de la osteoporosis y la evaluación del riesgo de fractura. Según la OMS, la osteoporosis es una enfermedad que se caracteriza por la baja masa ósea y el deterioro de la microarquitectura óseal, lo que conduce a fragilidad ósea y consecuentemente al aumento del riesgo de fracturas.

En su opinión, "la osteoporosis puede ser prevenida, diagnosticada y tratada antes de que ocurran las fracturas. Su prevención debería ser obligatoria en Atención Primaria (todas las mujeres post-menopáusicas y los hombres mayores de 50 años). La osteoporosis es un factor de riesgo de fractura igual que la hipertensión arterial lo es del ictus".

La osteoporosis es una enfermedad silente con una alta prevalencia (en Europa en 2010, la padecían 22 millones de mujeres y 5 millones de hombres. El 40% de las mujeres caucásicas tendrán una fractura después de los 50 años); es la responsable de fracturas; empeora la calidad de vida; aumenta la mortalidad; tiene unos altos costes sanitarios; y además, la mayoría de las fracturas se producen en pacientes que no están diagnosticados ni reciben tratamiento para la osteoporosis.

Las fracturas más frecuentes son las de columna, cadera y antebrazo. De húmero y pelvis también son frecuentes. "Conviene tener en cuenta, explicó la Dra. Ibañez, que una fractura de cadera se asocia a una mortalidad de 8 a 36% en un año y que, además, aumenta en 2.5 veces el riesgo de futuras fracturas. Por su parte, las fracturas vertebrales, incluso silentes, aumentan el riesgo – en 5 vecesde futuras fracturas".

En la práctica clínica, la sospecha y diagnóstico de la osteoporosis requiere en primer lugar, conocimiento de los factores de riesgo, herramientas de cálculo de probabilidad de fracturas basadas en los factores de riesgo, densidad mineral ósea, estudio de la microaquitectura, y datos de laboratorio y de imagen.

La mayoría de las fracturas se producen en pacientes que no están diagnosticados ni reciben tratamiento para la osteoporosis

Factores de riesgo de la osteoporosis

Para finalizar su charla, enumeró los principales factores de riesgo de la osteoporosis: "la edad (mayores de 65 años), el alcohol, tabaco, sedentarismo, excesiva delgadez, baja ingesta de calcio, alta ingesta de sal, inmovilización, deficiencia de vitamina D, y exceso de vitamina A. Enfermedades genéticas, hipogonadismos, enfermedades endocrinas, enfermedades reumáticas, neurológicas, hematológicas. El consumo de algunos fármacos como los glucocorticoides, antiácidos de sales de aluminio, inhibidores de la aromatasa, inhibidores de la bomba de protones, anticoagulantes, anticonvulsionantes, y quimioterapia".

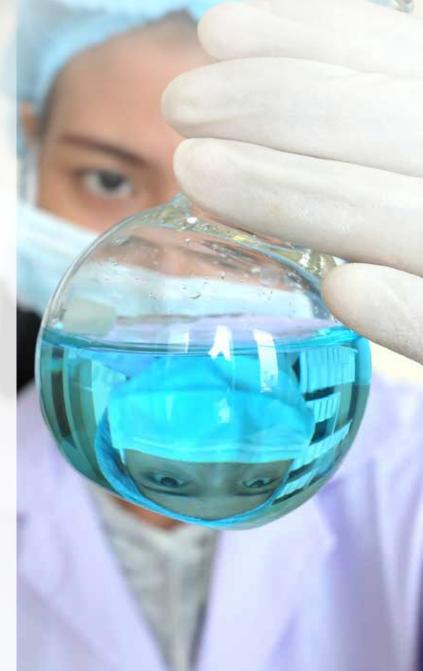
Sobre los factores de riesgo de caída, la experta citó los siguientes: "edad, mala visión (cataratas), obstáculos, falta de visibilidad, medicaciones que causen sedación, deshidratación, malnutrición, mal balance muscular, arritmias, cifosis, enfermedades neurológicas, falta de asideros en baños, escaleras".

V Ciclo Salud de los Pies a la Cabeza

¿Qué deben saber los médicos sobre el protocolo de farmacovigilancia?

■ TRINI DÍAZ

El V Ciclo Salud de los Pies a la Cabeza, organizado conjuntamente por el Colegio y Mutua Navarra, comenzó el pasado 20 de marzo con una sesión sobre "Protocolo de Farmacovigilancia", en la que participaron Gabriela Elizondo, farmacéutica responsable del Centro de Farmacovigilancia de Navarra adscrito al Departamento de Salud y Olga Mariscal, médico especialista en Farmacología clínica y responsable de Farmacovigilancia de Laboratorios Cinfa.



Ningún medicamento está exento de riesgo

Farmacovigilancia La es una actividad de salud pública cuyo objetivo es detectar y prevenir los riesgos de los medicamentos una vez comercializados. Gabriela Elizondo subrayó que "cuando un fármaco se comercializa, la evidencia que tenemos en cuanto a su seguridad en humanos se limita a los ensayos clínicos. Sin embargo, hay reacciones adversas que sólo emergen cuando el medicamento se ha utilizado en un gran número de población y durante un tiempo prolongado. Por este motivo, es necesaria una vigilancia de los medicamentos posterior a su comercialización con el fin de poder prevenir los riesgos o, al menos, minimizarlos".

Explicó que ningún medicamento está exento de riesgo y que el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas y la polimedicación son factores más proclives a la aparición de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones farmacológicas y errores de medicación (EM).

SESIONES TEÓRICO-PRÁCTICAS PROGRAMA 2018

Salud de los pies a la cabeza

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes

Un repaso de patologías y cuestiones que más interés suscitan entre los profesionales médicos en el ámbito general y en el de salud laboral, analizados mediante casos prácticos y con tiempo para el debate







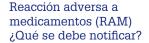






Gabriela Elizondo, farmacéutica responsable del Centro de Farmacovigilancia de Navarra.

Una de las sesiones del Ciclo Salud de los pies a la cabeza 🖣



Una RAM es cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento. La responsable del Centro de Farmacovigilancia de Navarra explicó a los médicos que todas las reacciones adversas derivadas de la utilización de los medicamentos en la práctica clínica real deben notificarse (uso inapropiado, abuso y/o dependencia de un medicamento, falta de eficacia y errores de medicación). Son prioritarias, en lo que respecta a la notificación, las sospechas de reacciones adversas graves o inesperadas de cualquier medicamento y las re-

lacionadas con los medicamentos sujetos a seguimiento adicional. "El objetivo principal de la notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a medicamentos es detectar, en el menor tiempo posible, señales de problemas relacionados con la seguri-

> dad de los medicamentos que no han podido ser detectadas durante la realización de los ensayos clínicos".

> Están obligados a notificar los profesionales sanitarios y los laboratorios titulares de autorización de la comercialización de los medicamentos. Los ciudadanos pueden también notificar sospechas de reacciones adversas a los medicamentos, bien a través de los profesionales sanitarios o bien directamente al Centro de Farmacovigilancia de Navarra.

> Tanto los profesionales sanitarios como la ciudadanía pueden notificar todas las sospechas de reacciones adversas directamente al Centro de Farmacovigilancia de Navarra a través de:

> > www.RAM.navarra.es







Producción de medicamentos en Laboratorios Cinfa. El paciente está en el centro de todas las acciones de vigilancia, explicó Olga Mariscal, responsable de Farmacovigilancia en Cinfa.

#

página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y en concreto, el centro de información del medicamento del CIMA (https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html). Se trata de una fuente que los médicos y demás profesionales sanitarios pueden consultar durante su práctica habitual, para resolver las distintas dudas que puedan surgirles en torno al adecuado uso de los medicamentos autorizados en nuestro país. Así mismo, el centro regional de Farmacovigilancia de Navarra dispone de una publicación ac-

cesible en formato electrónico a través de su web, el Boletín de Información de Farmacovigilancia (BIF).

La doctora Mariscal recordó a los asistentes que "cada laboratorio farmacéutico dispone de un responsable oficialmente al cargo de la Farmacovigilancia, una sistemática para llevar a cabo esa tarea, y unas medidas de seguridad que se aplican sin excepciones a todos los medicamentos de la compañía, independientemente de su antigüedad en el mercado".

Finalmente, mostró diversos ejemplos prácticos de protocolos de actuación para los médicos de Atención Primaria, basados en las obligaciones de los profesionales de la salud que marca el centro regional de Farmacovigilancia y las entidades españolas y europeas. Unas pautas que, según recordó Mariscal, es aconsejable tener siempre disponibles, de forma que se asegure su seguimiento y la notificación de las reacciones adversas a medicamentos.

Especialmente en el caso de los medicamentos biológicos y los biosimilares, la ponente recalcó que los cauces de notificación son los mismos que para otros medicamentos de naturaleza química, y trasladó la importancia de recoger el dato del número del lote del medicamento afectado en la reacción adversa, además de los cuatro elementos mínimos que componen un reporte: datos de la persona que notifica, datos anonimizados del paciente afectado, el nombre completo y dosis del medicamento, y la descripción del episodio adverso ocurrido con su cronología.

La seguridad del paciente marca las prioridades

La Dra. Olga Mariscal destacó en su intervención que, desde la perspectiva de la industria farmacéutica, la vigilancia es básica para garantizar que los medicamentos bajo la supervisión de un laboratorio son seguros y eficaces. Y en ese proceso de vigilancia, la colaboración de los profesionales de la salud, que están en primera fila en el contacto con el paciente, es fundamental. "Se trata de renovar el compromiso que adquirimos como médicos, ya que la seguridad, el evitar perjudicar al paciente, está en la base de toda práctica médica", señaló.

En el complejo entramado de profesionales que cuidan de nuestra salud, hay un elemento fundamental: el paciente. "Se trata de la persona que está en el centro de todas las acciones de vigilancia y hay que tomar partido por su seguridad. Así pues, es clave notificar las sospechas de reacciones adversas, sin posponerlo, puesto que la notificación es la base de la toma de decisiones, y sin esa información se tardará en tomar las medidas apropiadas ágilmente", indicó la experta de Cinfa.

A lo largo de la charla, se abordaron los distintos conceptos más novedosos recogidos en la legislación, como el manejo y la reducción del riesgo o las señales de seguridad, y se hizo referencia a recursos educativos que los profesionales de la salud tienen en la Red, como por ejemplo la

CASOS PRÁCTICOS

Gracias a las notificaciones de los profesionales de salud en el Centro de Farmacovigilancia de Navarra se han detectado los siguientes problemas de seguridad:

> USO AL MARGEN DE LAS CONDICIONES AUTORIZADAS

 Nitrofurantoína en profilaxis de infección del tracto urinario.

En 2016 el Centro de Farmacovigilancia de Navarra recibió tres casos de hepatitis asociada al uso prolongado de un antibiótico para profilaxis de cistitis. Dicho antibiótico está indicado en el tratamiento de la cistitis aguda pero no está indicado en profilaxis.

En la evaluación de las notificaciones se observó que, en los tres casos, el antibiótico se había utilizado como profiláctico de infección urinaria y durante un periodo prolongado de tiempo. En uno de los casos, la hepatitis se desarrolló al mes de tratamiento, en otro a los tres meses y en el último, tras dos años de tratamiento profiláctico.

El uso de este medicamento en tratamientos prolongados (continuos o intermitentes), se ha asociado a la aparición de reacciones adversas pulmonares, hepáticas y síntomas de hipersensibilidad graves, algunas con desenlace fatal.

Como resultado, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa recordando la utilización de nitrofurantoína exclusivamente en el tratamiento curativo de cistitis agudas, no como profilaxis, con duración del tratamiento limitado a un máximo de 7 días.

Salud de los pies a la cabeza



2. Flutamida en tratamiento de hisurtismo y alopecia en mujeres.

La flutamida es un antiandrógeno autorizado en el tratamiento del carcinoma metastásico de próstata. Si bien el daño hepático es un riesgo conocido para el uso de este medicamento a dosis altas utilizadas en cáncer de próstata, casos procedentes de la notificación espontánea indican que también existe riesgo de lesión hepática grave a dosis más bajas utilizadas en mujeres para indicaciones no autorizadas (hirsutismo, alopecia androgenética, acné y seborrea).

Como consecuencia, la AEMPS emitió una nota informativa de seguridad recordando a los profesionales sanitarios que la única indicación autorizada para este medicamento es el carcinoma de próstata metastásico y no se recomienda su uso en mujeres para el tratamiento de las patologías benignas indicadas.

ERRORES DE MEDICACIÓN: SOBREDOSIFICACIÓN CON METOTREXATO El Centro de Farmacovigilancia de Navarra y el resto del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos han recibido numerosos casos de errores de medicación graves, algunos de ellos mortales, asociados a sobredosificación con metotrexato oral. Estos errores se han producido en patologías no neoplásicas, como artritis reumatoide, psoriasis y artritis psoriásica, motivados por una administración diaria del medicamento, a pesar de que la pauta de administración en estas indicaciones es semanal.

Es importante que en el momento de prescribir, el profesional sanitario proporcione información sobre su uso correcto y confirme que el paciente ha comprendido la pauta.

A pesar de la emisión de varias notas de seguridad han seguido notificándose casos de reacciones adversas graves asociados a la administración diaria de metotrexato oral, en vez de semanal. Por dicho motivo, en Navarra se han propuesto unas actividades de minimización de riesgo que deben ser compartidas por todos los profesionales de salud implicados en la cadena de utilización de este medicamento, así como por el propio paciente, que también tiene que implicarse en el conocimiento de los tratamientos que toma y en su propia seguridad.

La notificación de errores de medicación con daño al paciente es una herramienta clave para lograr evitarlos.

INTERACCION POTENCIALMENTE MORTAL ENTRE BRIVUDINA Y 5-FLUOROPIRIMIDINAS Se han detectado casos de interacción farmacológica entre Brivudina (Nervinex®) y medicamentos antineoplásicos que contienen 5-fluoropirimidinas.

Brivudina es un antiviral indicado en el tratamiento precoz del herpes zóster agudo en adultos inmunocompetentes. No debe administrarse concomitantemente con 5-fluorouracilo, incluyendo también sus preparaciones tópicas, los profármacos de 5-fluorouracilo (capecitabina, floxuridina, tegafur) u otras 5-fluoropirimidinas como flucitosina (actualmente no comercializada en España). Esta interacción farmacológica provoca un aumento de la toxicidad de las fluoropirimidinas y es potencialmente fatal.

La AEMPS emitió en 2012 una nota informativa de seguridad alertando sobre esta interacción. Posteriormente, se han producido más casos, por lo que en 2017 se ha emitido una nota informativa recordatoria.

En Navarra se ha incluido en las herramientas de ayuda a la prescripción en LAMIA-ATENEA un bloqueo de la prescripción de brivudina en pacientes en tratamiento antineoplásico.



EXPOSICIÓN
FETAL A ÁCIDO
VALPROICO Y
MALFORMACIONES
CONGÉNITAS Y
TRASTORNOS DEL
NEURODESARROLLO

Aunque no se ha detectado en Navarra, se trata de un problema de seguridad a debate en la actualidad. En el año 2014 se llevó a cabo una revisión del balance beneficio-riesgo de los medicamentos con ácido valproico, porque estudios publicados mostraban un riesgo de trastornos en el neurodesarrollo a largo plazo en niños nacidos de mujeres tratadas con ácido valproico (hasta en el 40% de los casos), así como por su conocido riesgo de malformaciones congénitas (aproximadamente el 10% de los casos). Tras esta revisión, se restringió su uso y se establecieron recomendaciones, elaborándose materiales informativos para profesionales sanitarios y pacientes.

Como las medidas adoptadas no fueron suficientemente efectivas, se han intensificado recientemente las restricciones de uso y nuevas medidas para mejorar la información a las mujeres. La AEMPS ha emitido una nota informativa de seguridad recomendando que no debe utilizarse valproico en mujeres con capacidad de gestación, excepto que no se pueda utilizar otra alternativa terapéutica y se cumplan las condiciones del plan de prevención de embarazos. En mujeres embarazadas no se debe utilizar ácido valproico en el trastorno bipolar. En caso de epilepsia solamente se podrá utilizar si no es posible otra alternativa terapéutica.

La lumbalgia cerrará el V Ciclo Salud de los pies a la cabeza

El V Ciclo de actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes concluye el próximo 31 de mayo con la sesión titulada "Lumbalgia. Protocolo de actuación en Atención Primaria y derivación a especialista", impartido por el Dr. Mikel Viscarret, médico de Mutua Navarra. La sesión tendrá lugar en el Colegio de Médicos de Navarra, en horario de 17:45 a 19:15 horas.

Más información e inscripciones en la página web del Colegio https://colegiodemedicos.es/formacion-2/

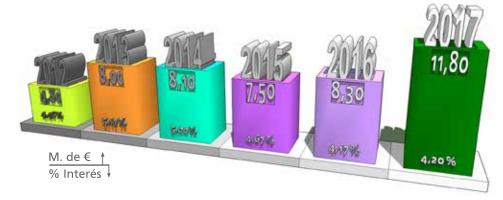
Ofrece una rentabilidad complementaria al interés técnico de cada producto

PSN

PSN devuelve a sus mutualistas 11 millones vía participación en beneficios en 2017

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) es un grupo empresarial cuyo objetivo es dar un servicio integral a los profesionales universitarios, y sus colegios profesionales. El origen del Grupo es PSN Mutua, aseguradora del sector de seguros personales, Vida, Accidentes, Baja Laboral, RC y Dependencia, entre otros, especialmente dirigida a las necesidades del mundo profesional universitario, así como de soluciones en los campos del ahorro-previsión y la gestión de inversiones. Formar parte de PSN es sinónimo de confiar en una compañía en la que el mutualista es el centro de toda actividad y, como tal, el principal benefi-

ciario de todos los logros, económicos, profesionales o sociales, del Grupo. Un claro ejemplo es la participación en beneficios (PB) con la que cuentan la mayoría de seguros de ahorro y mixtos de la Entidad. En 2017 esta rentabilidad complementaria alcanzó el 4,20%, lo que se ha traducido en el reparto de 11,8 millones de euros entre los mutualistas con este tipo de seguros, casi un 40% más que el año anterior. En los últimos seis años, se han superado los 48 millones de euros devueltos al colectivo protegido por este concepto.



Evolución de la ↑
Participación
en Beneficios
(2012-2017)

Durante los últimos años, este importe ha ido creciendo, muestra de la profesionalidad de la gestión de las inversiones de los diferentes productos, y supone un plus de rentabilidad en un momento que destaca por los bajos tipos de interés que ofrecen distintos productos financieros.

UN PLUS AL INTERÉS DE LOS PRODUCTOS

La participación en los beneficios de la entidad supone que los mutualistas con seguros de ahorro y mixtos cuenten con una rentabilidad complementaria al interés técnico de cada producto. En los últimos años, ésta se ha mantenido por encima del 4%, una cifra muy importante en el contexto actual.

Una Mutua que cumple

Otra magnitud que pone de manifiesto el cumplimiento de las responsabilidades del Grupo para con sus mutualistas es responder a las coberturas contratadas mediante el pago de las prestaciones correspondientes. En este sentido, PSN repartió más de 175 millones de euros (casi un 10% más que en 2016) en concepto de prestaciones por diferentes contingencias, algunas tan sensibles como el fallecimiento, la invalidez, la jubilación, o la baja laboral (incluyendo las bajas por embarazo y parto).



V Jornadas en Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

uevos estudios demuestran que determinados fármacos antidiabéticos tienen un efecto de protección cardiovascular en la DM₂

> Los avances en los tratamientos de las personas con diabetes y su aplicación en la práctica clínica fueron analizados los días 6 y 7 de abril en las V Jornadas en Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), que se celebraron en el Colegio de Médicos de Navarra.

Vista general del Salón de Congresos



Entre los reconocidos expertos de referencia nacional que participaron en este evento científico, destacó la presencia del Dr. Francisco Javier Escalada San Martín, especialista en Endocrinología y Nutrición. En su ponencia subrayó que "los últimos estudios en diabetes destinados a comprobar la seguridad cardiovascular de determinados fármacos han demostrado que, además, tienen un efecto adicional de protección cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular previa o alto riesgo cardiovascular".

El doctor Escalada explicó que, tras los citados hallazgos, las guías clínicas de tratamiento de DM2 han empezado a incorporar fuera de España la recomendación de uso de esos fármacos en pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular presente, es decir, lo que conocemos como prevención secundaria. Concretamente, la guía de la Asociación Americana de Clínicos Endocrinólogos (AACE), Guía canadiense de diabetes y Asociación Americana de Diabetes (ADA). En nuestro país, se están actualizando estas guías por parte de la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Sociedad

> Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), que también recogen estas recomendaciones y que serán próximamente publicadas.

> Destacó que "en los pacientes con DM2 es fundamental el adecuado control de los diferentes factores de riesgo cardiovascular, es decir, además del control glucémico, interesa el control de la presión arterial, lipídico y del peso. En el momento actual se plantea el uso de fármacos antidiabéticos, ya no tanto por su poder sobre el control glucémico, sino por su acción demostrada de protección cardiovascular".

Beneficios a nivel renal

Pero los beneficios no son sólo a nivel cardiovascular. Aunque no eran objetivos primarios en estos estudios de seguridad cardiovascular, se han analizado datos referentes a nefroprotección "puesto que tanto la presencia de albuminuria como de reducción del filtrado glomerular son factores asociados con un mayor riesgo cardiovascular, especialmente en pacientes con DM2", señaló el experto.

En este sentido, determinadas moléculas han demostrado acciones nefroprotectoras, por ejemplo, reduciendo un compuesto de paso de micro a macroalbuminuria, el filtrado glomerular, la necesidad de terapia de sustitución renal (diálisis) y la mortalidad de origen renal.

En cuanto a las mejoras que se esperan en los próximos años para el tratamiento de la diabetes, el Dr. Escalada destacó que se siguen investigando nuevas moléculas dentro de las familias ya conocidas, pero también se están ensayando fármacos que combinan distintas moléculas. Añadió que se sigue investigando el desarrollo de insulinas mejores que las actuales.





Manuel Mozota, neresidente de SEMG-Navarra y Carlos Miranda Fernández Santos, coordinador científico de las Jornadas, en la inauguración.

El Dr. Francisco Javier Escalada durante su intervención en las Jornadas.

La humanización en la atención



Eva Sáez, antropóloga y enfermera educadora en diabetes habló sobre cómo compaginar humanización y cronicidad.

Otros temas de interés que se abordaron en las Jornadas fueron cómo compaginar humanización y cronicidad en el seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o cómo conseguir la conciliación de polifarmacia y los objetivos de control.

La humanización se basa en intervenciones desde una vi-

sión holística, global e integral y considera a la persona con diabetes "como partícipe activa en el proceso de cuidados", tal y como señaló Eva Sáez, antropóloga y enfermera educadora en diabetes del Grupo de Diabetes de la SEMG.

En el caso de la diabetes, el apoyo al autocuidado parte de la idea básica de que las competencias o capacidades necesarias para manejar la enfermedad crónica dependen del propio paciente y no sólo de los profesionales sanitarios. "La humanización es una reorien-

tación en la atención sanitaria que tiene en cuenta tres dimensiones del individuo", subrayó la experta. Por un lado, a la persona con una biografía específica, con unas expectativas y preferencias particulares y una manera determinada de entender la relación de ayuda en el encuentro terapéutico.

Por otro, a la persona como paciente que tiene una enfermedad, reconociendo la diversidad y la diferente forma de vivir con la diabetes, resultado de la significación personal condicionada por las creencias, conocimientos y habilidades en el manejo de esta enfermedad, que impacta en el desempeño cotidiano del autocuidado y en la percepción subjetiva de control y autoeficacia.

Por último, la ponente se refirió al problema de salud, teniendo en cuenta la repercusión de la enfermedad crónica en las personas y familia. Y es que la diabetes, como patología crónica, precisa tomar decisiones y realizar cuidados diariamente durante toda la vida.

Diferencias culturales

La humanización también supone tener en cuenta las diferencias culturales de las personas con diabetes. A la hora de planificar los cuidados, como por ejemplo un plan dietético, hay que tener en cuenta las costumbres de alimentación y adaptar las recomendaciones respetando las preferencias personales y los gustos gastronómicos. Otro ejemplo, es la adaptación en diferentes idiomas de los documentos y herramientas de apoyo al autocuidado que se facilitan al paciente con diabetes para favorecer la accesibilidad y la comprensión.

Las habilidades de comunicación están también presentes en la humanización asistencial. Personas con diabetes y médicos coinciden en que una escucha activa es un aspecto clave en el encuentro terapéutico, así como la empatía y la comprensión mutua.

El Dr. Ángel Modrego explicó en el taller sobre pie diabético que hasta un 70% de los pacientes que se someten a una amputación de pierna tienen diabetes.



I Jornadas de Actualización en Medicina Reproductiva de SEMERGEN Navarra

Entre un 15-20% de la población navarra tiene problemas reproductivos

Las I Jornadas de Actualización en Medicina Reproductiva para Médicos de Atención Primaria, desarrolladas dentro del programa de formación continua de SEMERGEN-Navarra el pasado 1 de febrero en el Colegio de Médicos, contó con la participación del Dr. Pedro Royo, ginecólogo especialista en Reproducción Asistida y director de la Clínica IVI Pamplona

Tras un primer abordaje de los conceptos fundamentales de la reproducción, fueron los aspectos epidemiológicos los que despertaron el interés de los asistentes. "La demora de la edad femenina de concepción -como causa principal-, así como el incremento en el diagnóstico de patologías como la endometriosis, las enfermedades autoinmunes o el creciente factor patológico seminal, fueron el marco esencial para la comprensión del status actual de la población reproductiva navarra, cifrada como problemática en un 15-20%", explicó el Dr. Pedro Royo.

Por otra parte, los nuevos modelos familiares -mujeres solas y parejas de mujeres que desean tener descendencia-, así como la orientación específica que se requiere en su manejo y opciones como el método ROPA (Recepción de Ovocitos de la Pareja), coparon de nuevo la atención de la audiencia.

La formación relativa a las técnicas en reproducción asistida y biología de la reproducción versó en torno a la fecundación in vitro (FIV), el diagnóstico genético preimplantacional (DGP), la ovodonación (Ovodón) y las técnicas de preservación de la fertilidad. La demanda de estos servicios reproductivos se



El Dr. Pedro **1**Royo impartió
la sesión.

ha disparado en los últimos años, aseguró el Dr. Pedro Royo, quien matizó que "los resultados clínicos se alcanzan gracias a la gran capacidad tecnológica y los avances actuales en biomedicina, derivados de una gran inversión en investigación en Medicina Reproductiva". La sesión continuó con un apartado práctico de casos clínicos, en el que se abordaron de manera estructurada algunos problemas reproductivos frecuentes.

Esta primera sesión de las I Jornadas de Actualización en Medicina Reproductiva para Médicos de Atención Primaria, de cuatro horas de duración, continuará con un curso en línea acreditado por SEMERGEN e IVI, que versará acerca de la infertilidad. Los profesionales que participen en este programa formativo podrán examinarse en la plataforma que IVI pone a su disposición.

Congreso de Medicina de Familia para estudiantes

Un trabajo sobre los "Efectos de la terapia cognitivoconductual grupal para dejar de fumar", recibió el premio a la mejor comunicación

El autor del trabajo es Roberto López Iracheta, alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.



★ Santos Induráin, gerente de Atención Primaria. entrega el premio a la mejor comunicación a Roberto López Iracheta.

■IDOIA OLZA

Roberto López Iracheta fue el ganador del Premio a la Mejor Comunicación en el X Congreso de Medicina de Familia para Estudiantes, organizado por la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC) -a través de las vocales de residentes, María Yárnoz y Amaia Salegui, residentes de 2° y 1° año respectivamente-, que se celebró el 16 de marzo en el Colegio de Médicos, y que está dotado con un premio de 300 euros. Se presentaron 7 comunicaciones, y de ellas se seleccionaron 4 para su exposición oral.

El trabajo premiado consistió en reunir dos grupos de fumadores, la mitad de los cuales recibieron un consejo breve sobre dejar de fumar, y la otra mitad acudió a una sesión impartida por él mismo en la que explicaba con más detalle las razones y el proceso por el que tendrían que pasar una vez que se toma la decisión de dejar de fumar. "Esto es lo que se conoce como terapia cognitivo-conductual, expuso Roberto López, añadiendo conocimientos y con ello se consigue cambiar las expectativas y se puede conseguir cambiar también la conducta". Comparó los resultados de ambos grupos, observando un porcentaje mucho mayor de éxito en el grupo que acudió a la sesión.

El premio lo entregó Santos Induráin, gerente de Atención Primaria del SNS-O, en la sesión de clausura del Congreso.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

100 alumnos inscritos

El Congreso, eminentemente práctico, está dirigido a alumnos y alumnas de cuarto, quinto y sexto curso de la Facultad de Medicina. En total, se inscribieron 100 estudiantes.

Incluyó dos bloques de talleres que fueron impartidos por 15 residentes de Medicina de Familia: en el bloque 1 se desarrollarán talleres de Radiología básica, electrocardiografía práctica, dermatología; y en el bloque 2, sobre exploración traumatológica y vendajes funcionales, cirugía menor y suturas, y recursos "caseros" de emergencia. Cada alumno asistió a dos talleres de 8 posibles. Los docentes destacaron "el alto nivel de participación e interés de los alumnos, sobre todo en los talleres más interactivos".

Además, en esta edición se presentaron 7 comunicaciones. Desde la Junta de la nam-FYC se destaca "el alto nivel de los trabajos presentados, y la solvencia y seguridad con las que los alumnos las defendieron frente al público"

El objetivo principal del Congreso es dar a conocer la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en el ámbito universitario, mostrando las peculiaridades de la especialidad, así como ofrecer un punto de vista práctico de cómo es el manejo del paciente de Atención Primaria con los recursos disponibles en la consulta.

Acto de clausura

En el acto de clausura, Patricia Alfonso, presidenta de la namFYC, destacó que el médico de familia a la hora de atender a un paciente debe valorar todo, incluido su estado de ánimo, situación familiar, laboral.. También señaló que los médicos de familia son un

colectivo que "siempre quiere mejorar y lo hace a través de la formación".

Arantza Campo, vicedecana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, recordó que la Universidad de Navarra desde hace ya unos años imparte la asignatura de Medicina de Familia y que todos los alumnos pasan por los centros de salud.

Por su parte, Alberto Lafuente, vicepresidente primero del Colegio de Médicos, afirmó que, en la actualidad, la sanidad está basada sobre todo en los aparatos y en la tecnología, cuando la Atención Primaria es la base de nuestro sistema, "garantiza la equidad en la asistencia". Además, dijo a los

alumnos allí presentes que eran el futuro de la sanidad.

Santos Induráin, gerente de Atención Primaria, aseguró que "los médicos de familia somos especialistas en personas, que atendemos el 90% de las demandas sanitarias de los ciudadanos". Recordó, además, que la Atención Primaria de Navarra es la mejor valorada del estado español.



Acto de clausura. De izquierda a derecha:
Alberto
Lafuente,
Patricia
Alfonso,
Santos
Induráin
y Arantza
Campo.

Participantes en el taller de recursos "caseros" de emergencia.



SOCIEDADES CIENTÍFICAS

NACE LA SOCIEDAD NAVARRA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN (SENNA) CON SEDE EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA



Sociedad de Endocrinología y Nutrición Navarra

Invitan a adherirse a los médicos que desarrollan su ejercicio profesional en cualquier faceta de la endocrinología, la diabetes, la nutrición o la obesidad.

■ TRINI DÍAZ

l Servicio de Endocrinología
y Nutrición del Complejo
Hospitalario de Navarra ha
liderado la creación de la
Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SEN-

NA), con sede en el Colegio de Médicos de Navarra y que tiene como fines: promover la salud en este ámbito, potenciar la prevención de las enfermedades endocrinológicas (incluyendo la diabetes y la obesidad, así como de las alteraciones nutricionales); fomentar y organizar todo tipo de actividades científicas, asistenciales, sociales, preventivas, investigadoras y docentes; contribuir a la formación continuada de sus miembros; y asesorar a las autoridades sanitarias en el campo de la endocrinología, la diabetes, la nutrición y la obesidad.

El Colegio de Médicos de Navarra es la sede de un total de 18 sociedades y asociaciones médicas a las que presta apovo logístico, asesoría técnica y pone a su disposición los servicios de administración, comunicación y acreditación con los que cuenta.



La nueva sociedad científica nace con una Junta Directiva provisional, presidida por Luis Forga Llenas, Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario de Navarra y que está formada, además, por Amelia Marí Sanchís (Vicepresidenta), Sonsoles Botella Martínez (secretaria), Ana Irigaray Echarri (tesorera), María Dolores Ollero García Agulló (Vocal de Endocrinología) y Estrella Petrina Jáuregui (Vocal de Nutrición).

Esta Junta provisional permanecerá hasta que tenga lugar la asamblea de socios, que se realizará en el marco de la Primera Jornada de la Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA), los días 15 y 16 de junio de 2018, en el Colegio de Médicos de Navarra.

¿Cómo formar parte de SENNA?

SENNA está abierta a médicos de cualquier especialidad, que tengan interés en la implantación de los fines de la Sociedad y desarrolle, o haya desarrollado, su ejercicio profesional en cualquier faceta de la endocrinología, la diabetes, la nutrición o la obesidad.

Los interesados deberán solicitar el ingreso mediante escrito dirigido a la Secretaría de SENNA: sennanavarra@gmail.com

La Junta directiva resolverá sobre las solicitudes y responderá a los interesados.

La cuota anual será de 35 Euros, a abonar mediante transferencia bancaria a la cuenta que se indicará en el correo de repuesta a la solicitud de admisión. A todos los efectos, no se adquiere la condición de asociado en tanto no se satisfagan los derechos o cuota de entrada.



Entrevista al Dr. Luis Forga

SENNA: unidos en la mejora de la calidad en Endocrinología y Nutrición.

La Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición (SENNA) reúne a médicos que comparten inquietudes profesionales comunes y que apuestan por la calidad, la mejora continua y la veracidad de la información, entre otros objetivos.

Nos lo cuenta el Dr. Luis Forga Llenas, que preside la Junta provisional formada por profesionales del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Complejo Hospitalario de Navarra. Dr. Luis Forga Llenas,
Jefe de Servicio
de Endocrinología
y Nutrición en el
Complejo Hospitalario
de Navarra y presidente
de la Junta provisional
de SENNA.

¿POR QUÉ ES NECESARIA UNA SOCIEDAD CON ESTAS CARACTERÍSTICAS EN NAVARRA?

La descentralización de la Sanidad española, mediante la cesión de su gestión a las Comunidades autónomas, ha hecho que la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) haya recomendado la creación de una Sociedad de nuestra especialidad en cada Autonomía. Se trata de reunir a médicos que comparten unas inquietudes profesionales comunes, en una Asociación que promueva la mejora continua de la calidad en Endocrinología y Nutrición y actúe como interlocutora (y asesora cuando sea preciso) con la población general y con la Consejería de Salud.

¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE MÁS PREOCUPAN A LOS MÉDICOS PROMOTORES?

Los más prevalentes en la población, dentro de las patologías que competen a nuestra especialidad: obesidad, diabetes, patología tiroidea y desnutrición relacionada con la enfermedad. También aquellas que, sin ser las más frecuentes, conllevan una importante repercusión en la calidad y expectativa de vida de las personas que las padecen, como la diabetes tipo 1, la patología tumoral endocrinológica o la nutrición artificial domiciliaria.

También nos preocupa la información que se transmite sobre temas de nuestra especialidad en las redes sociales y en los medios de comunicación. Debemos velar para que esa información sea veraz.

¿QUÉ PRINCIPALES LAGUNAS DE FORMACIÓN MÉDICA PUEDE CUBRIR?

Pretende cubrir la formación médica que abarca a las patologías expuestas en la pregunta anterior. Para los médicos de Atención Primaria, les facilitará las herramientas para adaptarse a un mundo rápidamente cambiante en

medios diagnósticos y terapéuticos. Para los de Atención Especializada, debe llevar a reducir la variabilidad en la práctica clínica.

Es especialmente importante la formación en diabetes (constituye la patología crónica más frecuente); en bocio nodular (ya que los médicos de Atención Primaria van a disponer de ecógrafos); y también en Dietética y Nutrición. En este último campo, la enseñanza en la Universidad es generalmente insuficiente y debería completarse, sobre todo, en lo referente a la desnutrición relacionada con la enfermedad y en nutrición artificial.

¿EXISTE SENSIBILIDAD HACÍA ESTOS TEMAS EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA?

Sí. Existen grupos de trabajo encaminados a abordar las áreas de mejora en las principales patologías de la especialidad. No obstante, el problema surge en el momento de llevar a cabo esos planes de mejora, de implementar el desarrollo de las propuestas de mejora. Ahí surgen las dificultades y, a veces, las contradicciones. Confiamos en que SENNA pueda ayudar a allanar el camino que lleva de la teoría a la práctica

EN LAS I JORNADAS DE SENNA, PREVISTAS PARA EL PRÓXIMO MES DE JUNIO ¿QUÉ TEMAS SE VAN A ABORDAR?

Además de las comunicaciones, el programa consta de 6 ponencias, 2 de Endocrinología, 2 de Diabetes y 2 de Nutrición. En concreto, los temas a revisar serán: nueva clasificación de tumores tiroideos de la OMS, neuroradiología en la patología hipotálamo-hipofisaria, nuevos tratamientos en retinopatías diabéticas, incidencia de la Diabetes tipo 1 en Navarra, estrategia de cribado nutricional en Navarra y calidad en las Unidades de Nutrición.

Nuevos aires en la Fundación para la Protección Social de la OMC

Cambia la dirección de su página web y recoge sugerencias al Catálogo de Prestaciones.

La Fundación para la Protección Social de la OMC, que en 2017 cumplió 100 años de vida, tiene como objetivo principal promover el ejercicio de la solidaridad y ayuda entre la población de médicos colegiados con el fin de atender y dar respuesta, complementariamente al sistema público, a las necesidades más inmediatas y básicas de protección social de estos profesionales y sus familias a través de prestaciones que les permitan afrontar las situaciones de riesgo y vulnerabilidad social.

Con el objetivo de adaptarse a su naturaleza social y su razón de ser, la FPSOMC, cambió en febrero el dominio de su Web para recoger e incorporar su denominación de "Protección Social" en vez del el antiguo nombre originario "Patronato de Huérfanos". Ahora es www.fpsomc.es

Una web visual e intuitiva

La web está adaptada a las nuevas necesidades de Internet y ofrece un menú sencillo y rápido para facilitar las gestiones y el acceso a la información. La página cuenta con infografía visual que recoge las cifras más destacadas de la Fundación, el total de 1.586 prestaciones educacionales gestionadas en 2016.

También dispone de un menú por el que se accede a las diferentes prestaciones que ofrece: asistenciales, educaciones, servicio de atención social y de conciliación, entre otras. Igualmente incluye un apartado específico para la Oficina de Promoción de Empleo Médico, creada en 2014, con acceso directo a su portal.

Los usuarios que lo deseen también pueden conocer la estructura, patronos, estatutos e información corporativa de esta Fundación.



LA FPSOMC ANIMA A LOS MÉDICOS A ENVIAR SUGERENCIAS

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC) ha puesto en marcha un Buzón de Sugerencias con el objetivo de promover la participación de la población médica colegial en la acción de protección social que desarrolla, animándoles a que envíen sugerencias al Catálogo de Prestaciones.

Desde la Web de FPSOMC (www.fpsomc.es) los médicos podrán enviar sus sugerencias a través de un formulario en el que tienen que incluir su número de colegiado y el Colegio de Médicos al que pertenecen.

Colegio Oficial de Médicos de Navarra	
Prestaciones 2017	
Patronato de Huérfanos y Protección Social	
RESUMEN PAGOS 2017	
TOTAL PRESTACIONES EDUCACIONALES 2017	135.525,97 €
TOTAL PRESTACIONES ASISTENCIALES 2017	89.873,74 €
TOTAL PRESTACIONES 2017	225.399,71 €



EL COLEGIO DE NAVARRA AYUDA A 37 BENEFICIARIOS

En la actualidad, el Colegio de Médicos de Navarra ayuda a 37 beneficiarios. La más solicitada es la Prestación Educacional Mensual, con 23 menores de 21 años que la reciben. Estas ayudas son posibles gracias a las aportaciones solidarias que, de forma voluntaria, realizan los médicos en solidaridad con sus propios compañeros.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, en una entrevista publicada recientemente en www.medicosypacientes. com, valora la labor que desempeña la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (OMC).

¿Cómo valoraría la labor que desempeña la Fundación para la Protección Social de la OMC?

Muy positiva. La labor de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social quizá no sea muy conocida entre los médicos, pero es muy importante. Uno se da cuenta de la dimensión de la misma cuando hay médicos o familiares que realmente lo necesitan. Esto es especialmente visible en el caso de familias que han sufrido la pérdida del padre o la madre y tienen niños, o que quedan en una situación precaria económicamente.

¿Qué ayudas destacaría?

Basándonos en la experiencia de nuestro Colegio, destacaría las Prestaciones Educacionales Mensuales a niños menores de 21 años, así como las Becas para los de 21 a 25 años. También me parecen importantes las prestaciones a Médicos Discapacitados.

¿Qué papel desarrollan, a su juicio, los Colegios de Médicos en materia de Protección Social?

Fundamental. Aunque superficialmente se pueda entender que los colegios actúan de meros mediadores, es muy importante el contacto directo con los beneficiarios. Esa labor, que se realiza desde el Colegio, es fundamental y me consta el agradecimiento de los mismos por la labor que realizamos.

¿Cómo se desarrolla en la corporación que preside?

En nuestro Colegio hay una persona encargada de las relaciones con los familiares y posibles beneficiarios, que gestiona toda la documentación a través de la Plataforma de la Fundación.

Esta Fundación se nutre de las aportaciones solidarias de los médicos y socios protectores ¿Considera a los médicos un colectivo solidario?

En general, es muy solidario. Aun así, en este campo hace falta una mejor labor de comunicación para que los profesionales de la medicina entiendan los beneficios de sus aportaciones como socios protectores.

Con motivo de su centenario, la FPSOMC y los Colegios de Médicos realizaron numerosas actividades durante 2017 para difundir la labor de la Fundación entre los colegiados. ¿Cómo valora las acciones que se desarrollaron?

Nos parece muy importante la difusión de la labor de la FPSOMC ya que se nos ha trasmitido en alguna ocasión el desconocimiento de la misma por parte de algunos colegiados.

La información a todos los profesionales explicando cómo y con qué colectivos se trabaja desde la Fundación, relacionándolo con casos reales, es una buena estrategia de comunicación y resulta muy útil para que el médico sea consciente de qué manera se gestiona la aportación que realiza.

La FPSOMC ha puesto en marcha un Buzón de Sugerencias a su Catálogo de prestaciones para contar con la opinión de los colegiados. ¿Qué le parece esta iniciativa?

El Buzón de Sugerencias puede contribuir a mejorar los servicios e incluso crear nuevas prestaciones según la demanda.

Cualquier iniciativa que fomente la participación de los colegiados y beneficiarios de la Fundación es una buena noticia.

¿Qué retos tiene por delante la Fundación?

El más importante es asegurar y mejorar la sostenibilidad de la Fundación. Para ello hay que concienciar al mayor número de médicos de la importancia de mantener las aportaciones que realizan y actualizar las prestaciones según las necesidades que vayan surgiendo en los posibles beneficiarios.



⇒Entrevista con

Juana Mª Caballín

Presidenta de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra



ENTREVISTA

a precariedad, la dificultad para acceder a puestos de responsabilidad o el déficit de políticas efectivas para la conciliación de la vida familiar y laboral siguen perpetuando la brecha de género en el ámbito sanitario. Entre los objetivos estratégicos de la Organización Médica Colegial (OMC) para este año destaca la creación de un Grupo de Trabajo sobre Género y Profesión con el fin de analizar la realidad de la problemática de la mujer en sanidad.

Una de las primeras iniciativas en este sentido ha sido dar voz a las mujeres que ostentan cargos representativos en los Colegios de médicos. Entre las mujeres que han tomado la palabra, está Juana Mª Caballín, presidenta de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra y experta en bioética, que ha participado en un debate sobre Género y profesión médica, publicado en la revista de la OMC, y en entrevistas con motivo de la celebración del Día Internacional de la Mujer Trabajadora, el pasado 8 de Marzo.

La Dra. Caballín explica que "la igualdad de género se aborda, por lo general, desde la superficialidad, cuando es un tema de derecho fundamental". La presidenta de la Comisión de Deontología otorga una extraordinaria importancia social al hecho de visibilizar la creciente feminización de la profesión, especialmente si miramos al futuro. La presencia femenina en las facultades de Medicina supera ya el 70% y de los MIR que en 2017 acabaron la especialidad, más del 66% son mujeres.

En el año 1977, solo un 6,8% de los médicos colegiados eran mujeres, mientras que en la actualidad, este porcentaje se eleva al 49%. En Navarra, de 3.508 profesionales en activo (a 31/12/2017), el 59,24% son mujeres.

Considera que el primer paso en el reconocimiento de una igualdad real entre hombres y mujeres comienza por "dar valor a las cifras, asumir que se ha producido un cambio e intentar comprenderlo para aprovecharlo en beneficio de todas las personas".

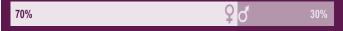
La importante presencia actual de la mujer en la profesión médica "nos debería llevar a la escucha y a la reflexión compartida, al respeto y no a la condescendencia, al reconocimiento de su experiencia y a plantearnos hasta qué punto la actual organización o estructura profesional es la que conviene a profesionales, pacientes y sociedad".

Algunos datos de la profesión...

Evolución del porcentaje de médicas colegiadas



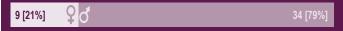
Presencia de mujeres en las facultades de medicina



Presencia de mujeres en MIR [con la especialidad]



Sociedades Científicas integradas en FACME presididas por mujeres



Mujeres en altos cargos del ámbito colegial / CGCOM



Desempleo en la profesión



Brecha salarial en la profesión [hombres y mujeres] (% Diferencia media anual)





de género se aborda, por lo general, desde la superficialidad, cuando es un tema de derecho fundamental"

FEMINIZACIÓN VERTIGINOSA EN MEDICINA

Una de las razones que explican la feminización de la profesión es, según la doctora Caballín, "la posibilidad de elección, la convicción de que el hecho de ser mujer no puede cerrar puertas o aspiraciones. La evolución social y educativa, sobre todo en el ámbito familiar, ha sido determinante, al menos en mi generación".

En cuanto a la elección de la profesión médica por parte de la mujer, "su rol tradicional de *cuidado* y *servicio* a los demás puede que influya en su elección, además de valorar que aparentemente, al mismo esfuerzo van a corresponder las mismas oportunidades (punto de corte de acceso, superación del MIR, etc.)".

ENTREVISTA



TAMBIÉN EN LOS COLEGIOS

Pese a la creciente feminización, el techo de cristal se hace palpable en la profesión. La pirámide hacia los cargos de dirección no mantiene la misma proporción de mujeres (son el 20 por ciento de los jefes de sección y directivos en toda España). En las Sociedades Científicas, en las 43 integradas en la Federación Española de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), se observa que solo 9 de estas entidades están presididas por mujeres.

En el ámbito colegial, según datos del CGCOM, el 74,3% de los cargos están ocupados por hombres, mientras el 25,7% son mujeres. Más de un 90% de los presidentes de Colegios de Médicos son hombres, frente a un 9% mujeres (5 en total); en las secretarías generales, casi un 74% son hombres.

La presidenta de la Comisión de Deontología subraya la importancia de "hablar de objetivos y analizar por qué el éxito tiene sus preferencias de género como demuestran las cifras en cuanto a ocupación de puestos de responsabilidad, cuando partimos de la misma preparación o conocimientos y para todos la profesión es un medio de vida, económicamente hablando. Claro que el éxito puede que no sea un concepto tan simple como para identificarlo únicamente con la promoción profesional. Y aquí cabría tener en cuenta que, individualmente, cada cual tiene sus aspiraciones y sus metas en la vida y eso ya es una elección, que el hecho de ser hombre o mujer, en situación de igualdad en preparación y conocimientos, no debe ni condicionar ni restar oportunidades".

Una de las claves para explicar la escasa presencia de mujeres en puestos de responsabilidad es, según la experta en bioética, porque "se siguen identificando con mayor dedicación y presencia laboral. En cierta manera, la presencia se identifica con el poder".

"La creciente feminización de la Medicina debería llevar a plantearnos hasta qué punto la actual organización o estructura es la que conviene a profesionales, pacientes y sociedad"





SER MÉDICO Y MUJER

Ser médico y mujer de menos de 50 años es fácil que coincida con ser madre y hoy, por el incremento de la longevidad, también ser hija, "lo que se asocia a responsabilidades familiares de cuidado o atención y profesionales, en competencia. Y en esta simultaneidad de responsabilidades, social y culturalmente se espera de la mujer que anteponga los demás a su propio desarrollo profesional. Y ahí está el estereotipo y la posible culpabilidad de quien no cumple con lo esperado".

"La maternidad, siendo una oportunidad, se identifica, desde fuera, con un obstáculo. Y esto es algo –explica– que se sigue teniendo muy presente en la selección personal para puestos de responsabilidad, perpetuando así, en cierta manera, una desigualdad en el acceso a estos puestos. También podría ocurrir que la mujer asuma este discurso y lo reproduzca, autolimitándose profesionalmente".

Concluye que "nadie puede afirmar que el hecho de ser hombre o mujer condicione la excelencia profesional pero todavía hoy, en el ámbito médico, el hombre cuenta con el ascenso o la progresión natural en su carrera profesional mientras que la mujer tiene que demostrar que vale para eso, lo que implica un desgaste innecesario que sigue alimentando el estereotipo. No obstante, es imprudente generalizar porque cada situación, incluida la familiar, es diferente".

PRECARIEDAD Y TEMPORALIDAD CON ROSTRO DE MUJER

La precariedad y temporalidad laboral que sufren las mujeres, en mayor medida que los hombres, ha sido puesta de manifiesto en las sucesivas oleadas de la Encuesta de la Situación Laboral de los Médicos en España, que viene realizando la OMC desde 2014 en colaboración con los Colegios de Médicos y la CESM.

Los datos de la última encuesta revelan que el 63,3% de los profesionales en situación de desempleo son mujeres, sobre todo en el tramo de edades que va de los 51 a 60 años.

En cuanto a la media de contratos firmados en el último año por médicas que se encuentran en ejercicio y no disponen de plaza en propiedad fue de 4,82, algo superior al de los hombres que se sitúa en una media de 3,51. Además, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las mujeres que trabajan en el sector de la sanidad cobran de media 9.484 euros menos que los hombres, lo que equivale a una diferencia del 30,3%.

La Dra. Caballín recalca que "es necesario dar valor a las cifras y seguir tratando el tema con la seriedad que merece", haciendo alusión al grado de seguimiento de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en cuya exposición de motivos se apunta que hay que corregir la desigualdad de género en el ámbito específico de las relaciones laborales.

En el debate organizado por la Revista OMC participaron, además de la Dra. Juana Mª Caballín, las Dras. Isabel Montoya, presidenta del Colegio de Médicos de Murcia; Nieves Romero, directora gerente del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla; Pilar Garrido, representante de la Federación Asociaciones Científico-Medicas Españolas (FACME); Pilar Bartolomé, representante de la Confederación Estatal Sindicatos Médicos (CESM); y Gema Bello, coordinadora de la División Igualdad Efectiva Género del Consejo Estatal Estudiantes Medicina (CEEM).

++

Añade que "hoy, la inestabilidad y la precariedad laboral afecta a hombres y mujeres, y es una fuente muy importante de insatisfacción" por lo que aboga por una reflexión profunda, objetiva y crítica de "cómo hemos llegado en la medicina a esta situación de tantos frentes abiertos, incluido el de la desigualdad, que tienen que tener alguna conexión, además de la económica. Y a esta reflexión hay que dedicarle tiempo y ganas. Y a lo mejor habrá que repensar y mejorar la estructura o el actual modelo".

La creciente feminización de la profesión médica puede contribuir a trasformar el ejercicio de la Medicina porque "hay mucha imaginación y sentido práctico sumergido al que no se ha escuchado con atención. Claro que, habrá que evitar la emergencia de nuevos estereotipos". Finalmente, subraya que "la reflexión y el diálogo sobre igualdad requiere de la participación de hombres y mujeres, porque ambos son parte del problema y la solución".

NAVARRA DESTACA POR LA PRESENCIA DE MUJERES EN SU COMISIÓN DE DEONTOLOGÍA

El 33% de las integrantes de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos son mujeres. Una cifra que aumenta paulatinamente, pero que todavía está lejos de reflejar la realidad de género de la profesión, como así lo demuestra el hecho de que de las 52 corporaciones colegiales, tan solo seis cuenten con una mujer en la presidencia de dichas comisiones.

Navarra destaca por el número de mujeres que integran su Comisión de Deontología, que alcanza un porcentaje del 64%, solo superado por Segovia (un 75% son mujeres) y Lugo (un 67%). Además de la presidencia, también la secretaría de la Comisión está ocupada por una mujer, por la Dra. Pilar León. "Se puede decir que hemos evolucionado con los tiempos. En el año 2009 la presencia femenina en la Comisión era del 40%. Fue en el 2012 cuando se produjo el cambio y un ascenso importante en la representación femenina que alcanzó el 60%".

Sin embargo, otros órganos colegiales no mantienen un equilibrio representativo entre hombres y mujeres. En la Junta Directiva del Colegio navarro, las mujeres ocupan el 33% de los cargos, en la Comisión de Formación el 46% y en el Comité de la revista Panacea el 40%.

SIGUE SIENDO INSUFICIENTE

Las cifras globales sobre presencia de mujeres en las comisiones colegiales son claramente mejorables, "por lo que habrá que seguir analizando con objetividad el por qué de esta situación y habrá que hacerlo no solo a nivel general sino en cada Comisión".

De nuevo, la mochila asociada al género explica las estadísticas. En este sentido, la presidenta de la Comisión de Deontología argumenta que "el trabajo en las Comisiones exige un plus de dedicación que añade dificultades para compatibilizar la vida personal, familiar y laboral. El cuidado o la supervisión familiar de hijos y padres, sigue siendo en la práctica un terreno casi exclusivamente femenino. En estas circunstancias y en cualquier trabajo, incluido el de la Medicina, no solo es cuestión de tener las mismas oportunidades sino de compartir ciertas responsabilidades en los demás ámbitos de la vida que permitan desarrollarlas en situación de igualdad. Luego habrá que respetar las decisiones individuales de cada persona, pero nunca debe faltar la oportunidad de poder tomarlas libremente. Y todo ello, en un mundo rápido, con oportunidades limitadas y todavía con prejuicios y estereotipos no superados, aunque parezca lo contrario".

Juana Mª Caballín defiende que hombres y mujeres tienen el mismo sentido ético y defienden del mismo modo la ética y el buen hacer del profesional médico. "Formar parte de una Comisión de Deontología, estaría condicionado por el interés, el estudio y el conocimiento específico referido a la ética y a la deontología que se vaya desarrollando, se sea hombre o mujer".



COOPERACIÓN



♠ Daniel López-Acuña es profesor de la Escuela Andaluza de Salud Publica, consultor independiente en Salud Publica, Sistemas de Salud y Asistencia Humanitaria, ex director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y miembro de la Sociedad Española de Medicina Humanitaria (SEMHU).

l ex director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consultor independiente en Salud Pública y Asistencia Humanitaria ofreció una conferencia en el Colegio de Médicos, organizada por la Oficina de Cooperación en colaboración con la Fundación Caja Navarra, en la que subrayó la urgencia de dar una respuesta decisiva, innovadora y comprometida ante este desafío.

COOPERACIÓN

Daniel López Acuña cuantificó que, en estos momentos, hay 136 millones de personas en el mundo con necesidad de ayuda humanitaria. "El último cuarto de siglo se ha caracterizado por un crecimiento abrumador de las necesidades humanitarias tanto en términos de frecuencia, como de escala y magnitud de las emergencias humanitarias". La población afectada se distribuye a lo ancho del globo en numerosas crisis humanitarias, "algunas de las cuales tenemos presentes pero muchas de ellas suponen escenarios que escapan de la atención de los gobiernos, del público y de la cobertura mediática (las denominadas crisis olvidadas)", resaltó López-Acuña.

Especialmente preocupante es el desplazamiento forzado de millones de personas, que ha alcanzado cifras sin precedentes (65 millones, el 50 por ciento de ellos menores).

Frente a esta situación de crisis de la ayuda humanitaria, López Acuña de-

nunció "la incapacidad del Sistema Internacional de Gobernanza para la Paz y la Seguridad de resolver los conflictos; el desbordamiento del sistema de asistencia humanitaria en los niveles mundiales, regionales y nacionales; y la insensibilidad, falta de solidaridad y parálisis de las instituciones ante la dramática situación que se vive en estos momentos".

"La brecha entre necesidades y recursos se va ensanchando cada vez más"

LA BRECHA ENTRE NECESIDADES Y RECURSOS SE ENSANCHA

El experto en ayuda humanitaria subrayó que "estamos ante una crisis humanitaria de vastas proporciones y la brecha entre necesidades y recursos se va ensanchando cada vez más". De los casi 24 mil millones de dólares solicitados para 2017, los llamamientos coordinados por las Naciones Unidas habían recibido solamente 12,6 mil millones (52%) para ayudar a 105 millones de personas en 38 países. "Estas cifras han crecido de una manera pasmosa y son diez veces mayores que las que se planteaban como necesarias en 1992". Las necesidades crecen a ritmos desproporcionados y los recursos disponibles son limitados y cada vez más insuficientes.

HAY QUE REPENSAR EL MODELO DE AYUDA HUMANITARIA

Según López-Acuña, se requieren cambios profundos para afrontar la magnitud de los retos que tenemos por delante. "La asistencia humanitaria por sí sola no puede dar una respuesta adecuada a las necesidades de los más de 130 millones de personas que constituyen la población más vulnerable del mundo ni reducirlas de forma sostenible. Es necesario adoptar un enfoque nuevo y coherente que se base en abordar las causas fundamentales, intensificar la labor de la diplomacia política para la prevención y la resolución de conflictos y aunar los esfuerzos humanitarios, de desarrollo y de consolidación de la paz". Según

COOPERACIÓN

"Es necesario adoptar un enfoque nuevo y coherente que aborde las causas fundamentales, intensifique la labor de la diplomacia política y aúne los esfuerzos humanitarios"

López-Acuña, "se precisa un esfuerzo mucho más decisivo y deliberado, fundamentado en la voluntad y el liderazgo político de los Estados Miembros y los dirigentes mundiales para traducir las palabras en acción. Las Naciones Unidas están en una posición única para facilitar y conducir este proceso, pero hará falta voluntad política, un firme compromiso de cambio y la colaboración de una diversidad de actores si se pretende tener éxito".

Añadió que la acción humanitaria, especialmente en crisis prolongadas, no puede ser un sustituto de la provisión regular de servicios básicos año tras año. "No es posible seguir pasando la factura del subdesarrollo crónico al sistema internacional de asistencia humanitaria". Apostó, además, por "caminar hacia una política de tolerancia cero y de sanciones severas al abuso y la explotación sexual de las poblaciones afectadas por parte de actores humanitarios, sean éstos pertenecientes al ámbito de las Organizaciones Internacionales, las ONGS, el movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja o cualquier otro".



Daniel López-Acuña y Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio de Médicos de Navarra y responsable de su Oficina de Cooperación.



López-Acuña en **1** un momento de su intervención.

RESTRICCIONES AL ACCESO DE LA AYUDA HUMANITARIA

Al sufrimiento infligido a los civiles inocentes se añaden las restricciones de acceso a la ayuda humanitaria. López–Acuña explicó que "con frecuencia, se restringe o incluso se niega el acceso del personal humanitario a las poblaciones civiles que necesitan la ayuda. Se utiliza como baza en las

negociaciones políticas y como medio para aumentar el suplicio de los civiles". Añadió que "el ataque a los trabajadores de asistencia humanitaria, muchas veces deliberado y planificado, restringe el espacio humanitario y compromete los programas de socorro".

Los riesgos para los civiles se ven, además, aumentados por la proliferación de armas ligeras y pequeñas "que se venden ilegalmente o se difunden entre grupos armados o milicias, a través de los puestos en las fronteras y al amparo de legislaciones poco precisas". Frente a la multiplicación de grupos armados no estatales, que ha alterado la naturaleza de los conflictos, "se da una necesidad creciente de examinar de nuevo la cuestión de la seguridad de las operaciones humanitarias y establecer un diálogo estructurado con los grupos armados, no solo para promover el respeto del derecho humanitario y de los derechos humanos internacionales, sino también para garantizar la protección y la asistencia humanitaria a las poblaciones vulnerables". Para dar respuesta a las necesidades de las personas en situaciones de conflicto, "es necesario encontrar mejores fórmulas para proteger a la población civil y de forzar una rendición de cuentas de aquellos que no respetan la Ley Internacional Humanitaria y los Derechos Humanos".

Finalmente, destacó que el espacio humanitario y el acceso a las poblaciones necesitadas de asistencia humanitaria se han visto constreñidos y han crecido en complejidad en países como Irak, el Sur de Sudán, Siria y Yemen.

FRECUENTES



¿Eres médico cooperante? ¿Te interesa la cooperación?

Inscríbete en la Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra

La Oficina de Cooperación del Colegio de Médicos de Navarra mantiene un registro activo de médicos cooperantes y voluntarios navarros. En la actualidad, 38 médicos o estudiantes de Medicina forman parte de la Oficina de Cooperación colegial que ofrece formación, asesoría técnica, seguros, certificados de idoneidad profesional, ofertas de cooperación, etc.

Puedes acceder a la Oficina de Cooperación y registrarte en la página web del Colegio de Médicos: https://colegiodemedicos.es/oficina-de-cooperacion/ y comenzar a disfrutar de sus ventajas.

RECURSOS 2.0



Web para pacientes sobre cuidados del fallo intestinal

www.fallointestinal.com

La plataforma educativa, con contenidos en castellano, euskera e inglés, ha sido creada por profesionales del Complejo Hospitalario de Navarra.

n equipo multidisciplinar del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), coordinado desde la Sección de Nutrición y Dietética, ha diseñado una página web dirigida a pacientes afectados de fallo intestinal, con el objetivo de proporcionar pautas de cuidado y consejos que permitan aumentar la calidad de vida de estas personas. La plataforma, con contenidos en castellano, euskera e inglés, pretende convertirse en un recurso de referencia para el tratamiento de esta enfermedad, considerada 'rara' por su baja prevalencia.

La plataforma www.fallointestinal.com fue presentada el pasado mes de noviembre en el marco de II Jornadas Memorial Javier Olóndriz Huarte, y es resultado de la colaboración de profesionales de los servicios de Endocrinología y Nutrición (doctoras Ana Zugasti y Estrella Petrina), Medicina Interna (doctor Fermín Jiménez), Farmacia (Carmen Fontela) y Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor (doctor Miguel Salvador) el Hospital de Día Crónico Polivalente (DUE Iratxe Crespo) y la Unidad de Hospitalización (DUE Inma Elizari) del CHN.

Los promotores del proyecto tienen previsto crear también una sección dirigida a profesionales sanitarios con protocolos y guías.

FALLO INTESTINAL Y NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA

El fallo intestinal es una patología poco frecuente, normalmente provocada por el llamado 'síndrome de intestino corto', en la que el aparato digestivo no es capaz de absorber los líquidos y nutrientes necesarios, lo que hace necesario que estas personas reciban nutrición parenteral (por vena) domiciliaria, conocida por las siglas NPD. Este tipo de soporte nutricional exige que el paciente tenga ciertos conocimientos técnicos y destrezas de autocuidado para evitar complicaciones y detectar signos de alarma, habilidades a las que espera contribuir la web.

El CHN cuenta con casi diez años de experiencia en el manejo de pacientes con fallo intestinal tipo III y nutrición parenteral domiciliaria (NPD) a largo plazo, un período en el que ha tratado a un total de 13 personas con esta dolencia, tres de ellas en activo en la actualidad. La baja prevalencia de personas que requieren este tipo de soporte nutricional (239 pacientes en España en el año 2016; 232 adultos y 7 niños) en relación con otros tratamientos crónicos hace que no existan muchas fuertes de información relacionada con conceptos básicos de la NPD, una carencia que pretende cubrir la nueva web, que servirá de apoyo al estrecho seguimiento y la labor de formación e información que ya se realiza con estos pacientes y sus familiares durante la hospitalización y en las consultas externas.



RECURSOS 2.0

Equipo creador de la plataforma sobre fallo intestinal. De izquierda a derecha: Estrella Petrina, Ana Zugasti, Fermín Jiménez, Iratxe Crespo, Inma Elizari, Miguel Salvador v Carmen Fontela.

Presentación de la web en las II Jornadas Memorial Javier Olóndriz Huarte.

UNA PLATAFORMA PARA PACIENTES Y FAMILIARES

La web contiene información general sobre el fallo intestinal (definición, clasificación, causas principales, tipos y tratamientos) y sobre los principales dispositivos necesarios para la nutrición parenteral domiciliaria. Detalla las características de los distintos tipos de catéteres venosos de larga duración que existen (PICC, catéter tunelizado, reservorio subcutáneo), cómo se colocan, tipos y tamaños, cuidados necesarios e indicaciones sobre complicaciones que se pueden presentar (rotura, trombosis, embolia gaseosa, etc.), así como los correspondientes protocolos de actuación en cada caso.

Combina materiales escritos descargables en formato pdf con vídeos explicativos, que incluyen indicaciones sencillas y prácticas basadas en las últimas guías nacionales e internacionales sobre esta patología. Aporta información audiovisual práctica sobre el soporte nutricional y el cuidado de los distintos tipos de catéteres venosos de larga duración. Incluye, además, un listado de centros con experiencia en fallo intestinal y NPD a los que recurrir a nivel nacional en caso de encontrarse de viaje y necesitar asistencia, e información sobre 16 sociedades científicas y 18 asociaciones de pacientes nacionales e internacionales, así como noticias de interés. Ofrece también testimonios de pacientes y familiares.

Explica también qué hacer en caso de fiebre o ante la sospecha de sepsis o infección asociada al catéter venoso central, una de las complicaciones más graves que se pueden presentar. Recoge los protocolos básicos de higiene para mantener el manejo estéril y disminuir el riesgo de complicaciones (colocación de mascarilla, higiene de manos, colocación de guantes estériles, protocolos de conexión y de desconexión de la nutrición parenteral domiciliaria, etc.). Como ayuda adicional, incluye un glosario de términos en castellano, con 55 definiciones de los más frecuentes utilizados en el tratamiento de esta patología. Los promotores del proyecto tienen previsto crear también una sección dirigida a profesionales sanitarios con protocolos y guías.



UNA FORMACIÓN COMPLEJA

La formación a pacientes que precisan NPD es una tarea compleja, dado su heterogeneidad (distintas edades, nivel sociocultural, patología de base, situación profesional o necesidades específicas). Su motivación para aprender depende en gran medida de la aceptación de la enfermedad. Habitualmente, tanto el paciente como sus cuidadores tienen que aceptar en un corto plazo de tiempo las limitaciones que implican la patología de base y los requerimientos técnicos de este tipo de soporte nutricional.

El equipo responsable de la puesta en marcha de la web, recalca que "es fundamental comprobar antes del alta hospitalaria que el paciente conoce y comprende los aspectos relacionados con la administración de la NPD, se maneja con habilidad y es capaz de detectar signos de alarma y la forma de actuar en caso de que se presente alguna complicación". Este tipo de soporte nutricional por vía venosa se debe mantener durante gran parte del día (habitualmente todos los días), limita la calidad de vida e implica la posibilidad de numerosas complicaciones, algunas de ellas con riesgo vital. En este contexto, el enlace con el equipo hospitalario y una fuente de información fácilmente accesible y fiable tienen una importancia fundamental.



Complicaciones médicas durante el embarazo y el puerperio

Autores:

- Rubén Arnáez Solís, FEA Adjunto Servicio Medicina Interna Complejo Hospitalario de Navarra.
- Ana Felícitas Pérez Rodríguez, FEA Adjunto Servicio de Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario de Navarra*.

El pasado mes de febrero se organizó el IV curso de Actualización en Patología Médica en el Embarazo, en el Complejo Hospitalario de Navarra, cuya finalidad era poner al día el seguimiento de las gestantes con patología médica de base en nuestro medio. El Curso fue inaugurado por el conseiero de Salud del Gobierno de Navarra. Dr. Fernando Domínguez, el Jefe de Servicio de Medicina Interna del CHN. Dr. Julio Sánchez y el Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHN, Dr. Juan Carlos Muruzábal.

l paradigma actual de la obstetricia está cambiando con el retraso de la maternidad y la aplicación de técnicas de reproducción asistida, lo que supone un aumento de las gestaciones en mujeres con patología de base (HTA, diabetes, epilepsia, patología psiquiátrica, etc.). En estas pacientes la gestación supone un requisito indispensable para conseguir el objetivo de bienestar materno y recién nacido sa-

no, con el menor riesgo para ambos; por ello, este curso resultó de gran importancia para sacar a la luz los objetivos de control de ciertas enfermedades que puedan estar influidas por la gestación o que condicionan el curso de la gestación. En este aspecto, tan importante es el asesoramiento preconcepcional como el cuidado y vigilancia durante el curso de la gestación y el puerperio.

Aunque en España carecemos de una recogida fidedigna de la morbimortalidad materno-fetal para evaluar nuestros resultados, disponemos de los informes elaborados por el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS), el cual recoge en su último informe anual de 2017 que en el periodo 2013-2015, 8.8/100.000 mujeres murieron durante el embarazo o hasta 6 semanas después del parto o del final del embarazo; y dos tercios de esas muertes ocurrieron en mujeres con problemas de salud física o mental previos al embarazo.



In 2013-15 8,8 women por 100.000 died during pregnancy or up to six weeks after giving birth or the en of pregnancy.

Two thirds of women who died had pre-existing physical or mental health problems.

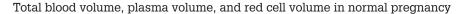
♠ Knight M, Nair M, Tuffnell D, Shakespeare J, Kenyon S, Kurinczuk JJ (Eds.) on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care-Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-2015. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2017.

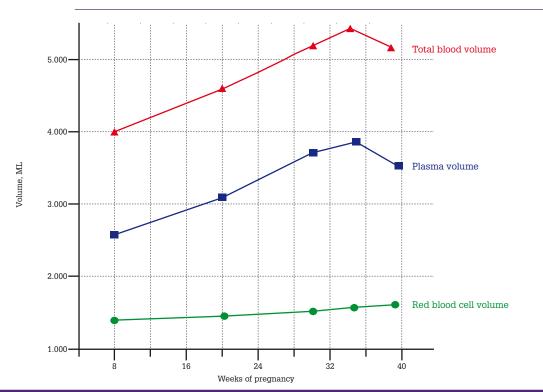
Cambios hematológicos y hemodinámicos en la gestante

Para entender cómo influyen algunas patologías en el embarazo y cómo el embarazo influye en el curso de ciertas enfermedades es importante conocer los principales cambios fisiológicos que suceden en la gestante.

A **nivel hematológico** se produce una expansión del volumen plasmático (el volumen intravascular aumenta hasta un 50% a término sobre los valores en la mujer no gestante) y en menor medida de la serie roja, alcanzando el pico a las 28-34 semanas, lo que se traduce en una anemia fisiológica dilucional, cuyos beneficios son una disminución de la viscosidad de la sangre que reduce la resistencia al flujo, favoreciendo la perfusión placentaria y disminuyendo el trabajo del corazón. Este aumento de volumen prevendrá las futuras pérdidas de sangre durante el parto.







Data from: Shnider SM, Levinson G, Anesthesia for Obstetrics, 3rd, Williams & Wilkins, Baltimore 1993. p. 8

UpToDate®

Copyrights apply

El criterio para definir la anemia en el embarazo es diferente al de la mujer no gestante por lo que podemos aplicar los criterios del US Centre for Disease Control and Prevention (CDC) que utiliza los límites de 11 gr/dl en 1° y 3° T y 10,5 gr/dl en el 2° T; o bien los de la OMS que define anemia cuando la hemoglobina está por debajo de 11 gr/dl en cualquier momento del embarazo.

El embarazo produce cambios significativos en la coagulación. Se considera un estado protrombótico que resulta un arma de doble filo: por una parte, contribuye a disminuir la pérdida hemática en el parto, pero por otra, aumenta el riesgo tromboembólico debido al aumento de factores procoagulantes como el fibrinógeno y factores II, VII, VIII, X, XII, XIII y FVW, el descenso de factores anticoagulantes como proteína S y antitrombina, la disminución de la fibrinolisis y los cambios físicos como estasis venoso (que en el parto con la lesión de la pared vascular completan la tríada de Virchow, favoreciendo la trombogénesis).

Ciertas patologías resultan relevantes por

El paradigma actual de la obstetricia está cambiando con el retraso de la maternidad y la aplicación de técnicas de reproducción asistida, lo que supone un aumento de las gestaciones en mujeres con patología de base.

Estos cambios son clínicamente significativos cuando se presentan asociados a factores de riesgo adicionales antes del embarazo, durante el embarazo o en el puerperio, que aumentan el riesgo trombótico y nos hacen plantear el inicio o no de tromboprofilaxis.

El tromboembolismo venoso es la principal causa de morbimortalidad materna durante el embarazo y en el postparto, donde el riesgo aumenta hasta 5 veces respecto al embarazo. La tromboprofilaxis disminuye el riesgo trombótico un 60-70%, ya que el 70-80% de los tromboembolismos pulmonares (TEP) presentan factores de riesgo.

Existen varias guías clínicas de sociedades que nos orientan sobre los criterios para iniciar tromboprofilaxis en la población gestante:

- Royal College Obstetrician and Gynecologist (RCOG). Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium, the Acute Management of (Green-top Guideline No. 37b), y Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium, Reducing the Risk (Green-top Guideline No. 37a). 2015
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Enfermedad tromboembólica venosa en la gestación. 2014
- American College of Chest Physicians (AC-CP). Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy and pregnancy. Bates et al. 2016. Chest.
- European Society of Cardiology. Acceso en https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Guidelines/publications/PREGN%20 Guidelines-Pregnancy-FT.pdf
- American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. Thromboembolism in pregnancy. Practice bulletin no. 123: thromboembolism in pregnancy. Obstet Gynecol. 2011 Sep; 118 (3): 718-29. Reaffirmed date 2017.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Venous Thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. 2014.

Los cambios hemodinámicos se producen por el aumento de los requerimientos metabólicos de madre y feto conforme avanza la gestación. Aumenta la frecuencia cardíaca materna (FCM) desde el primer trimestre (se considera límite alto en reposo de 95-100 lpm). También el gastro cardíaco aumenta hasta un 30-50% por el incremento de la precarga y el volumen sanguíneo, por la disminución de la poscarga y las resistencias vasculares sistémicas (RVP), y por el aumento citado de la FCM.

Estos cambios son muy importantes tenerlos en cuenta en la gestante cardiópata, ya que el embarazo supondrá una prueba de esfuerzo por lo que algunas cardiopatías conllevan un riesgo de mortalidad materna que la paciente debe conocer antes del embarazo para tomar una decisión consciente sobre los riesgos que asume. Resulta de especial interés la guía de la Sociedad Española de Cardiología: Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo (acceso http://www.revespcardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-el/articulo/90093017).

tromboembolismo
venoso es la
principal causa de
morbimortalidad
materna durante el
embarazo y en el
postparto



Trastornos hipertensivos del embarazo

La tensión arterial sistólica y diastólica disminuyen en el primer y segundo trimestres (por disminución de las RVP), y aumenta gradualmente en el tercer trimestre. Este patrón explica por qué algunas hipertensas no precisan antihipertensivo o lo precisan a dosis bajas hasta el 3° T. La HTA en el embarazo está definida por las cifras de TAS > 0 = 140 o TAD > 0 = 90.

La clasificación académica más aceptada de los **trastornos hipertensivos** del embarazo engloba:

- HTA crónica: HTA previa a la gestación, o aquella que se presenta antes de la semana 20 o posterior a la semana 20 y que persiste después de 12 semanas postparto. Respecto a la HTA crónica antes del embarazo es importante realizar el ajuste terapéutico oportuno (sustituir IECAs, ARA2 y diuréticos y utilizar alfa metildopa, labetalol y nifedipino). Hay que tener en cuenta la reducción de dosis antihipertensiva durante el primer trimestre y la sustitución de la alfa metil dopa en las primeras 48 h posparto por el riesgo de agravar la depresión postparto. Pautamos AAS desde semana 12, intentando durante toda la gestación conseguir los objetivos de HTA que marcan las guías, en función de si hay daño orgánico (<140/o, no menos de 130/8o)
- Preeclampsia-eclampsia: hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria (la proteinuria significativa se define internacionalmente como la excreción urinaria de más de 300 mg de proteína en un período de 24 horas; el cociente albúmina/creatinina >30 mg/dl está siendo utilizado, pero no está validado como criterio de preeclampsia). Excepcionalmente en casos de hidrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas. Se considera preeclampsia grave cuando la TA sistólica es > 0 = 160 y/o la TA diastólica es > 0 = 110 mmHg con proteinuria > 0 = a 2 gramos/24 h (aunque en esta cifra no hay consenso), o si se acompaña de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica:
 - Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas.
 - Creatinina sérica >1,2 mg/dl.
 - Alteraciones cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis).
 - Edema agudo de pulmón o cianosis.
 - Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.
 - Alteración de las pruebas funcionales hepáticas.
 - Alteraciones hematológicas: trombocitopenia (<100.000 mm₃),
 CID, hemólisis.
 - Afectación placentaria con manifestaciones fetales (CIR).

Consideramos eclampsia a la preeclampsia grave con convulsiones o coma no atribuible a otra causa.

El antecedente de preeclampsia en una mujer multiplica el riesgo de sufrir o morir de una enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, IAM, ictus, isquemia arterial periférica, insuficiencia renal crónica o muerte súbita). La recomendación para después del parto para estas mujeres es controlar factores de riesgo cardiovasculares modificables (tabaco, sedentarismo, obesidad, etc).

- Preeclampsia sobreañadida a HTA crónica: El diagnóstico es difícil y se deberá sospechar siempre ante la aparición de uno o más de los signos o síntomas de afectación multiorgánica descritos antes en la preeclampsia. En gestantes con enfermedad renal crónica el diagnóstico se realizará ante un incremento brusco de la hipertensión y de la proteinuria.
- Hipertensión inducida por el embarazo: aparición de hipertensión sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Cambios en el metabolismo de glucosa y lípidos

A nivel metabólico, las alteraciones fisiológicas afectan principalmente al metabolismo de glucosa y lípidos, especialmente en el 3° trimestre, influidas por las hormonas placentarias, por medio de insulinorresistencia y aumento de enzimas lipolíticas en plasma, cuyo objetivo es favorecer la disposición de nutrientes al feto en todo momento y más cuando el crecimiento fetal es mayor. Es fisiológico un aumento de la secreción de insulina por el páncreas, con aumento de la sensibilidad a la insulina al inicio del embarazo y posterior insulinorresistencia, por ello la diabetes gestacional se desarrolla principalmente en el 3° T y en las gestantes con DM tipo 1 y 2 es en ese momento cuando las necesidades de insulina aumentan considerablemente.

En las pacientes con DM es muy importante la visita preconcepcional, tanto en la tipo 1 como en la tipo 2, ya que es el momento en el que se clasifica la enfermedad para dar un consejo sobre seguimiento de embarazo y los riesgos que suponen para el curso de la enfermedad y del embarazo.

Destaca la valoración preconcepcional del nivel de Hb A1c, recomendada <6,5%, ya que con ello disminuye el riesgo de malformaciones (esta desaconsejado el embarazo con niveles >10%).

Es importante la valoración de la presencia o no de cardiopatía isquémica o neuropatía autonómica grave, que puedan hacer desaconsejable la gestación.

Respecto a la retinopatía, puede empeorar en el embarazo, sobre todo en relación a hipoglucemias y mejoría rápida del control glucémico, pero el peor pronóstico está relacionado con retinopatía proliferativa y/o edema macular antes del embarazo, por lo que la mayoría de las pacientes no sufren empeoramiento. Precisan control de fondo de ojo para valorar retinopatía en cada trimestre.

En cuanto a la nefropatía diabética, su presencia en sí es un factor de riesgo para complicaciones obstétricas tipo preeclampsia y retraso de crecimiento intrauterino (CIR), pero si no presentan albuminuria de base tienen bajo riesgo de desarrollar enfermedad renal en el embarazo. El peor pronóstico para fallo renal permanente tras el embarazo es para las pacientes que presentan HTA mal controlada, proteinuria de >3 gramos en 24 horas, y/o creatinina en sangre >2 mg/dl, por lo que puede estar desaconsejado el embarazo en esas mujeres.

Los objetivos recomendados de glucemia capilar en el embarazo están en 70-95 mg/dl en ayunas o basal, y de 90 a 140 mg/dl postprandial (1 hora), tanto en la DM como en la diabetes gestacional.

Respecto a la seguridad del tratamiento con insulina en el embarazo, de acuerdo a la clasificación de la FDA:

Lentas y Ultralentas	NPH (Insulatard®)	В
	NFTT (IIISulatatuw)	
	Detemir (<i>Levemir</i> ®)	В
	Glargina (U100 Lantus®)	С
	Glargina (U300 Lantus®)	С
	Degludec (Tresiba®)	С
	Actrapid (<i>Actrapid</i> ®)	В

Rápidas y Ultrarápidas	Lispro (<i>Humalog</i> ®) Glulisina (Apidra®)	С	
	Aspart (Novarapid®)	В	
	Actrapid (Actrapid®)	В	



Enfermedades autoinmunes

El control pregestacional en las pacientes con enfermedades autoinmunes también está indicado, ya que en estas pacientes el riesgo de complicaciones obstétricas está aumentado (CIR, preeclampsia, abortos o partos pretérmino), además del riesgo de empeoramiento de su enfermedad. Por ello, antes de la gestación es aconsejable valorar la actividad clínica de la enfermedad y realizar las modificaciones oportunas de los fármacos en curso (inmunosupresores habitualmente). Las enfermedades más prevalentes en nuestro medio son Lupus Eritematoso Sistémico (LES), síndrome de Behcet, vasculitis sistémicas, síndrome de Sjögren y esclerodermia.

En el Lupus, la actividad puede aumentar durante el embarazo y el puerperio, no obstante suele ser un periodo libre de brotes, siempre y cuando la paciente se haya mantenido sin brotes durante los seis meses previos a la gestación. La toma de antipalúdicos (hidroxicloroquina) es segura y muy eficaz para controlar la enfermedad, ya que aquellas pacientes que abandonan este tipo de tratamientos tienen una mayor predisposición a desencadenar brotes, con peor pronóstico materno-fetal.

Otro aspecto a tener en cuenta es que en las pacientes con nefropatía lúpica, existe una correlación con el desarrollo de HTA y preeclampsia durante el embarazo y de deterioro de la función renal con un riesgo aumentado de CIR y prematuridad fetal. La presencia de anticuerpos Anti-Ro tienen riesgo de provocar bloqueo cardíaco congénito (BCC) hasta en el 2% de los embarazos y requieren seguimiento para detectarlo de forma precoz con ecocardiografía fetal; si lo presentan, el riesgo de recurrencia en siguientes embarazos es de hasta el 20%.

El riesgo es mayor en aquellas pacientes con hipertensión pulmonar, enfermedad activa en la concepción o en los 6 meses previos, neumonitis intersticial, aquellas que tengan pautas de corticoides a altas dosis, nefritis lúpica, antecedente de patología obstétrica en embarazos previos, positividad En estas
pacientes
la gestación
planeada es
un requisito
indispensable
para conseguir
el objetivo
de bienestar
materno y recién
nacido sano, con
el menor riesgo
para ambos.

de los Ac anti-Ro o anti-La o la presencia de Síndrome Antifosfolípido asociado.

Respecto a las pacientes con Behcet, el 60% mejorarán durante el embarazo y un 10% permanecerán estables frente a aproximadamente un 30% que sufrirán brotes. La afectación más frecuente es en forma de úlceras en mucosas oral y genital, seguida de manifestaciones cutáneas que generalmente se dan durante el segundo y tercer trimestre. En el caso de la uveítis, se multiplica hasta por tres la frecuencia durante el postparto.

Estaría desaconsejada la gestación en pacientes con enfermedad autoinmune con HTP grave (PSAP>50 mmHg o sintomática), aquellas con una enfermedad pulmonar restrictiva grave con CVF <1 L, insuficiencia renal crónica con creatinina 2,8 mg/dl, datos de insuficiencia cardiaca medida por ecocardiografía, el brote grave de la enfermedad en los últimos seis meses o padecer un ictus durante los últimos seis meses.

Cada vez existen más fármacos biológicos que permiten un buen manejo de estas pacientes, no obstante no existen datos o son no favorables sobre su uso durante la gestación. Existen estudios, pero con tamaños muestrales muy bajos y observacionales con anti TNF alfa, los anticuerpos monoclonales pueden cruzar la barrera feto placentaria sobre todo durante el segundo y tercer trimestre por lo que se desaconseja su uso durante el segundo trimestre. No obstante hay documentados datos de abortos recurrentes a pesar de su seguridad. Sobre otro tipo de fármacos no existen evidencias o son muy escasas.



Cefalea, epilepsia y trastornos mentales

su alta prevalencia en la población gestante como es el caso de la cefalea en el embarazo, con dos posibles escenarios. Las pacientes con un diagnóstico previo de cefalea primaria que presenta crisis durante la gestación o aquellas que comienzan con cefalea durante el embarazo o puerperio. Las primeras corresponden habitualmente a la migraña y la cefalea tensional. Las de nueva aparición pueden ser cefaleas primarias o secundarias, que las sospecharemos si existen síntomas de alarma (fiebre sin foco, vómitos en escopetazo, papiledema, trastornos de conducta...).

El 70% de las embarazadas con migraña experimentan mejoría como consecuencia de los cambios hormonales (aumento de estrógenos y gestágenos), el 5% presentaran empeoramiento clínico y aproximadamente un 25% no experimentaron cambios.

En el caso de tener la primera crisis durante el embarazo es fundamental descartar secundarismos o complicaciones como preeclampsia, eclampsia o trombosis venosa central.

Para el tratamiento de la migraña se consideran seguros:

- Paracetamol 500-1000 mg/4-6 h (dosis máxima 4 gr/día) de elección (clasificación B FDA).
- Ibuprofeno, naproxeno clasificación B FDA en 2° T, y D en 3° T, con evidencia limitada en 1° T.
- Metamizol. No superar las 48 horas de tratamiento, clasificación FDA C/D. En 3° T desaconsejado porque produce riesgo de cierre del ductus arterioso.

Dentro de los fármacos específicos, y siempre que fallen el resto de tratamientos analgésicos habituales, podríamos utilizar el sumatriptán, ya que es el único fármaco del grupo de los triptanes que no atraviesa la barrera placentaria y el más estudiado. Pero solo estaría indicado en crisis moderadas o graves, como tratamiento de segunda línea

en el primer trimestre y de tercera línea en el segundo trimestre. No existe evidencia de su utilidad durante el tercer trimestre. El resto de triptanes deben ser evitados durante el embarazo. Otras alternativas son los bloqueos anestésicos con lidocaína, y para la prevención en caso de crisis frecuentes: propanolol, AAS dosis bajas, amitriptilina utilizada a dosis bajas y con retirada previa un mes previo al parto.

Debemos orientar el diagnóstico en pacientes con cefalea y embarazo, teniendo en cuenta en el diagnóstico diferencial la preeclampsia, y otras patologías como ictus, trombosis venosa cerebral, disección arterial, apoplejía pituitaria, hemorragia subaracnoidea, leucoencefalopatía posterior reversible, hipertensión intracraneal benigna, meningitis; para lo que nos apoyaremos en pruebas complementarias (a valorar según riesgos/beneficios y orientación clínica: TAC, RMN, ecografía Doppler, punción lumbar, etc).

La **epilepsia** es otra patología médica presente también con cierta frecuencia en la población gestante. Se estima que en España la prevalencia es de 8/1000, afectando hasta

400.000 personas y teniendo en cuenta que prácticamente la mitad de los embarazos en España ocurre de forma no planificada, el manejo y el seguimiento durante la gestación es fundamental. El comportamiento de la epilepsia en el año previo al embarazo determinará el riesgo de crisis durante el embarazo (cuanto más alejado de una crisis mejor).

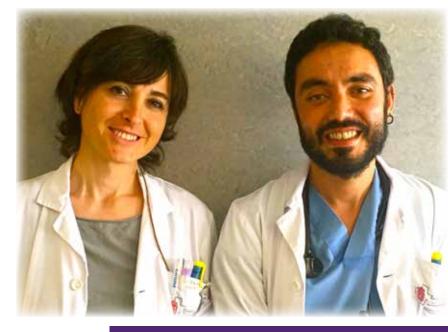
Para la elección de los fármacos antiepilépticos debemos tener en cuenta la influencia en sus niveles plasmáticos por la hemodilución fisiológica, así como por los cambios en el metabolismo hepático (en el caso de la Lamotrigina), además de por su posible efecto teratogénico (ácido valpróico). Es aconsejable realizar controles clínicos al menos trimestrales durante el embarazo y realizar determinación de niveles, especialmente con lamotrigina, levetiracetam y oxcarbazepina, con ajuste de dosis si fuese necesario, tomando como referencia valores de control previos al embarazo.

Las crisis durante el embarazo presentan riesgo de complicaciones obstétricas y para el desarrollo del feto, pero no existen datos claros del efecto de las crisis parciales no generalizadas.

La paciente que desee quedarse embarazada deberá ser informada de forma apropiada en todo lo que concierne al futuro embarazo (ventajas e inconvenientes de los fármacos, riesgo de teratogénesis...) con el objetivo de que la paciente inicie la gestación preparada, consciente de riesgos y beneficios del tratamiento. El bajo porcentaje en el que se produce un aumento de la actividad, la mayoría son consecuencia del incumplimiento terapéutico, de los cambios farmacocinéticos durante el embarazo y de la deprivación de sueño.

Al igual que en las patologías que hemos comentado previamente, en los trastornos mentales tendrá relevancia la planificación y la ordenación del tratamiento previo al embarazo. La mayoría de los psicofármacos tienen efectos secundarios en el feto, no obstante la idea principal que debe primar es la importancia de no realizar una retirada total de la medicación y valorar el riesgo beneficio durante toda la gestación así como durante el puerperio.

Para concluir, nos gustaría agradecer a todos los ponentes y participantes por su generosidad y dedicación para preparar las ponencias tan elaboradas y con base científica de calidad, que nos enseñaron recursos muy útiles para la asistencia clínica, aportando tiempo personal para su presentación y su elaboración.



- ♠ Ana Felícitas Pérez Rodríguez y Rubén Arnáez Solís, autores del artículo.
- ★ Agradecer el trabajo realizado a los médicos especialistas:

María Huarte,
Javier Pineda,
Patricia Fanlo,
Julio Sánchez,
María Martín,
Laura Pulido,
Lucía Moreno,
Izarbe Jiménez,
Virginia González,
Roque Guillén,
Amparo Larequi,
Marga Redondo,
Oier Ateka y
Carlos Larrañaga.

PINTURA

EL DR. JAVIER BELTRÁN MOSTRÓ SU ARTE EN EL COLEGIO DE MÉDICOS

■ TRINI DÍAZ

unque su obra se enmarca dentro del arte abstracto, el pintor matiza que "no pretendo pertenecer a ningún género o estilo. La colección es un conjunto de obras heterogéneas con connotaciones figurativas y matices expresionistas".

Javier Beltrán busca que el espectador de su obra no se pregunte qué significa o qué es lo que está viendo, sino el efecto que le produce. "A unos les dejará indiferentes, pero a otros no. No se trata de ver esa pintura en relación a los esquemas que tenemos en la memoria: paisajes, bodegones, figuras, etc... Por eso para mí es importante el color, la textura...y la impresión que produce a la persona que ve mi obra, aunque no pueda relacionarlo con algo ya conocido o reconocible".

Para Javier Beltrán "pintar es una actividad apasionante. Y si ese cuadro es capaz de provocar una emoción en quien lo contempla, entonces adquiere vida propia y habla por sí mismo".

TRAYECTORIA PICTÓRICA

Javier Beltrán nació en Fustiñana y hasta su jubilación ha trabajado como médico otorrino en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, primero en el ambulatorio San Martin y posteriormente en la Unidad de Vértigo. Las exigencias del trabajo le obligaron a dejar aparcada su afición por la pintura. "He vuelto a ella, sobre todo, al descubrir las posibilidades de los acrílicos por la facilidad de manejo y el secado rápido que me permite continuar y terminar la obra en menos tiempo que si se trabaja con óleo. Aunque tampoco he olvidado la pintura al óleo".

Comenzó a pintar "de manera casual". Después de manchar muchos lienzos y papeles, decidió tomármelo más en serio y presentarse a las bienales de pintura "Ciudad de Pamplona", en los años 90. Logró que cuatro de sus obras fuesen seleccionadas entre los cuadros expuestos en las Bienales II y III de Pamplona.

Ha realizado exposiciones individuales en la Galería Retablo de Pamplona (ya desaparecida), en la Galería del Banco Bilbao-Vizcaya de Tudela y en la sala de exposiciones de La Caja de Guipúzcoa de Rentería.



Del 11 al 27 de abril, el Colegio de Médicos de Navarra

acogió una exposición de pintura de Javier Beltrán Llera, otorrino jubilado y artista. La colección incluyó cuadros al óleo y otros realizados con técnicas mixtas, usando diversos soportes como lienzo, madera o cartón.







Junta Nacional de Servicios de España

Comedores Compulsivos Anónimos

Tel.: 617 22 62 91

Correo-e: oa@comedorescompulsivos.es

Web: www.comedorescompulsivos.es



Navarra cuenta con dos grupos, que se reúnen desde hace 25 años.

os profesionales de medicina se encuentran a diario con personas a las cuales su peso les causa problemas de salud. A estos pacientes se les proporcionan consejos y dietas para perder peso, pero en algunos casos o bien no surte ningún efecto, o después de una bajada inicial hay un efecto rebote y el paciente coge más peso que el que había perdido. Es posible que algunos de estos pacientes sean comedores compulsivos.

Por mucha información que tengan sobre una alimentación saludable y por mucho empeño que pongan en llevarla a su vida son incapaces de mantener una pérdida de peso continuada. Eso ocurre porque su manera de comer se debe a la adicción a la comida.

Para estas personas la comida tiene un efecto sedante, la utilizan como vía de escape de su vida real, la panacea para todos los males físicos y emocionales. Comiendo experimentan una sensación de relajación y todos los problemas les parecen menores. Esa sensación dura muy poco tiempo. Enseguida vienen los remordimientos por haber comido en exceso, a veces incluso acompañados por desprecio hacía su propia persona y necesitan aún más comida para tapar estos sentimientos. Nunca tienen sensación de saciedad, cuanto más comen más necesitan comer. Es un círculo vicioso del cual es imposible salir sin ayuda, que pueden encontrar en nuestra asociación de Comedores Compulsivos Anónimos.

Nuestros miembros pueden experimentar diferentes síntomas: atracones, obesidad, provocarse el vómito, ejercicio excesivo, ayuno, pero lo que todos tienen en común es absoluta falta de control sobre la cantidad de comida que ingieren.



Ofrece un sistema de apoyo continuo para sus miembros y los anima a ayudarse unos a otros, reduciendo por tanto su aislamiento y soledad.

¿QUÉ ES COMEDORES COMPULSIVOS **ANÓNIMOS?**

Comedores Compulsivos Anónimos (OA de Overeaters Anonymous) se fundó en 1960 y actualmente hay unos 7.000 grupos en 52 países. Nuestro programa está basado en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, cambiando solamente las palabras "alcohol" y "alcoholismo" por "comida" y "compulsión por la comida".

El único requisito para ser miembro es el deseo de dejar de comer compulsivamente. Con los 12 pasos los miembros descubren que experimentan una recuperación física y mental. No hay cuotas ni inscripciones; la organización se mantiene a sí misma con las pequeñas contribuciones voluntarias y anónimas de sus miembros.

Muchos miembros consideran a OA un complemento de los servicios profesionales que reciben. De hecho, OA no tiene conocimientos especializados sobre temas médicos, nutricionales o psicológicos y sugiere que los miembros interesados acudan a profesionales especializados para obtener ayuda en esas áreas.

¿CÓMO FUNCIONA NUESTRO PROGRAMA?

OA funciona, en parte, porque ofrece un sistema de apoyo continuo para sus miembros y los anima a ayudarse unos a otros, reduciendo por tanto su aislamiento y soledad. Este apoyo se realiza fundamentalmente a través de las reuniones de periodicidad semanal y asistencia libre.

En ellas, solamente participamos las personas afectadas. Leemos y comentamos literatura del programa, sobre todo el Libro de los doce pasos. Nuestros compañeros nos ofrecen comprensión, apoyo y esperanza de recuperación.

HERRAMIENTAS DE RECUPERACIÓN

La dificultad añadida de la adicción a la comida es que a veces resulta difícil definir qué significa abstinencia. Para un alcohólico es dejar de ingerir el alcohol, pero nosotros necesitamos comer todos los días; de hecho los intentos de ayunar son otra faceta de nuestra enfermedad.

Un plan de comidas nos ayuda a discernir entre alimentarse y comer compulsivamente. No es una dieta para adelgazar. Cumplirlo solo por hoy es mucho más fácil que afrontar planes a largo plazo. Preparamos nuestro plan por escrito y con antelación (el día anterior o por la mañana), y a menudo lo compartimos con otro miembro.

Recomendamos siempre que los miembros busquen la opinión médica para aprobar cualquier plan de comida. Ese plan determina qué, cuándo y cuánto vamos a comer y evita que tengamos que improvisar.

Algunos de nuestros sentimientos, como miedo, preocupación, rabia, frustración, se manifiestan primero en forma de un pensamiento: «necesito comer algo». Si este pensamiento aparece a deshora, por ejemplo justo después de haber comido, podemos sospechar que no es hambre. Sí aguantamos este momento sin comer, el sentimiento real aparece y podemos gestionarlo. Para eso el programa nos ofrece otras herramientas como leer, escribir, teléfono, apadrinamiento, etc.

A veces solo con expresar los sentimientos, hablando con otro miembro o escribiendo, la sensación de hambre desaparece. Escribir nos ayuda también a encontrar y sanear cosas que están influyendo negativamente en nuestra manera de comer.

Podemos pedir a una persona, con la que sentimos más afinidad, que sea nuestra madrina o padrino, para que nos guíe en nuestra recuperación y nos ayude a tratar los temas más personales.

EN PAMPLONA DESDE HACE 25 AÑOS

Navarra cuenta con dos grupos, que se reúnen en Pamplona desde hace 25 años. Hemos ofrecido charlas informativas en algunos centros de salud primaria y salud mental. Nos hemos encontrado con un gran interés por parte de numerosos médicos, que ahora nos envían algunos de sus pacientes.

Si usted cree que los profesionales de su centro pueden estar interesados en recibir más información sobre nuestro programa, no dude en avisarnos; les atenderemos gusto-

Las reuniones en Pamplona son los lunes y los jueves de 19 a 20.30 horas, en los locales de la Parroquia de La Asunción, barrio de San Juan.





ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA

IDOIA OLZA

l 15 de febrero se cerró el plazo para realizar aportaciones a la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. En concreto, se recogieron aportaciones de la ciudadanía, colectivos, asociaciones, entidades locales y otros organismos interesados o relacionados con este ámbito.

Como se recordará, el pasado mes de noviembre la presidenta del Gobierno de Navarra, Uxue Barkos, junto al consejero de Salud, Fernando Domínguez, y el director del Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías del Departamento de Salud, Lázaro Elizalde, presentaron el documento que recogía la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra. Este documento es el resultado del trabajo de una docena de profesionales que, a su vez, recabaron las aportaciones y participación de más de un centenar de personas del ámbito sanitario público.

La Estrategia de Humanización pretende ser un nuevo modelo de atención que contemple a cada paciente o persona como centro de atención, y no la enfermedad o el proceso por el que es atendida, teniendo en cuenta que se encuentra en un momento vulnerable; que sus problemas de salud pueden comprometer su equilibrio personal, emocional o físico; que está en un entorno desconocido, a veces rodeadas de personas, tecnologías o situaciones estresantes.

Lázaro Elizalde destaca como idea inicial que "la elaboración de la Estrategia de Humanización tiene como punto de partida un gran compromiso previo de la mayoría de profesionales del sistema sanitario público que durante muchos años han venido trabajando por crear unas condiciones de atención en las que la atención humana a las personas atendidas ha sido su máxima prioridad". En este sentido, recuerda que muchas de las líneas de trabajo plasmadas en este documento son el resultado de la acumulación de la experiencia de profesionales de nuestro sistema sin cuyo trabajo previo e implicación no habría sido posible elaborarlo.

Lázaro Elizalde nos cuenta aspectos importantes de esta Estrategia.

El Departamento de Salud apuesta por un nuevo modelo de atención que contempla al paciente como el centro de la atención, no la enfermedad

reportaje

¿Cuáles son las líneas básicas de la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra?

La Estrategia se ordena en cinco líneas generales que, en lo esencial, son similares a las que se han propuesto desde comunidades autónomas o entidades que llevan tiempo trabajando por un sistema sanitario con una orientación clara hacia la humanización:

- Desarrollar una mayor cultura de humanización, promoviendo una mayor sensibilización del conjunto de profesionales y la consideración de que más participación e implicación de profesionales y ciudadanía redunda en beneficio común y genera satisfacción.
- 2. Promover una mayor calidez de trato, creando espacios y relaciones más amables para las personas que utilizan el sistema sanitario, ya que esta utilización en muchos casos se da en momentos de mayor vulnerabilidad y pueden generar situaciones de sufrimiento.
- 3. Mejorar la información y la comunicación, como pasos necesarios para que las personas puedan asumir una mayor implicación en las situaciones que afectan a su propia salud, y promoviendo medios para que desde el sistema sanitario público se ofrezcan de forma activa elementos facilitadores a las personas según su situación.
- 4. Crear entornos facilitadores para profesionales y pacientes que generen un clima adecuado para que las relaciones sean más fluidas y positivas, reduzcan barreras físicas, sensoriales o de confort en todas las interacciones de profesionales entre sí y en su relación con personas usuarias del sistema sanitario público.
- 5. Complementariamente a las anteriores, se plantea la necesidad de comprometer en la Estrategia a la totalidad de los aspectos de gestión del sistema sanitario público, generando equipos directivos con cada vez mayor implicación en la humanización y en la puesta en marcha de las medidas propuestas en la Estrategia.





Lázaro Elizalde, director del
Servicio de
Ciudadanía
Sanitaria,
Aseguramiento
y Garantías del
Departamento
de Salud del
Gobierno de
Navarra.

¿En qué cambia la atención a los pacientes? ¿Qué se espera mejorar con esta Estrategia?

Hemos huido expresamente del planteamiento de considerar que antes se hacían mal las cosas, porque no se corresponde con la realidad. Las cosas se hacen bien, con calidad y profesionalidad.

Lo que trata de conseguir la Estrategia es cambiar el foco y orientar las actuaciones de profesionales –que actualmente vienen más marcadas por los protocolos profesionales y por la organización del trabajo de los servicios— a las personas más que a sus procesos, e incluyan aspectos como atención a esas situaciones que afectan a las personas en cómo viven sus problemas y orienten, además, a una coordinación profesional.

Se entiende que ese enfoque será más amigable para pacientes que reciben atención y, además, proporcionará mayor gratificación humana a quienes les atienden. En este sentido, hay una apuesta por la excelencia de la actuación profesional que combine la calidad, el bien hacer profesional y la orientación a quienes reciben la atención.



Uxue Barkos y Fernando Domínguez en la presentación de la Estrategia de Humanización.

Este enfoque será más amigable para pacientes que reciben atención y, además, proporcionará mayor gratificación humana a quienes les atienden

¿Cuándo está previsto su implantación en el SNS-O?

En la propia Estrategia se recoge que hay dos planos delimitados: los de las acciones que ya están en marcha o su implementación es a corto plazo, que vienen recogidas en un capítulo específico y que han sido seleccionadas por las personas que han participado en su diseño; por otra parte, están las líneas de trabajo generales, cuyas concreciones se irán actualizando de forma permanente, y que han sido definidas como ejes de la Estrategia que permiten incorporar nuevas acciones, sin modificar la estructura.





¿Se va a impartir formación a los profesionales?

Respecto a la formación de profesionales, en coherencia con lo anterior, hay tres líneas de formación actualmente en desarrollo y perfiles adicionales de formación que irán poniéndose al día a medida que se vayan priorizando nuevas acciones.

Las líneas de formación actuales son las siguientes: cursos de "Liderazgo en Humanización", dirigidos a personas que forman parte de los Comités de Humanización de cada ámbito de trabajo (Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital García Orcoyen, Hospital Reina Sofía, Salud Mental y Atención Primaria); cursos para personal de atención directa, tanto personal como telefónica, en temas de información, citación, orientación, acompañamiento, etc.; cursos de "Formación de Formadores en Humanización de Atención al Nacimiento y Lactancia", dirigidos a la totali-

dad de profesionales que tiene relación con atención al embarazo, parto, y atención infantil. Además, hay formación que viene realizándose en ámbitos concretos sobre temas específicos: Cómo dar malas noticias, duelo, etc.

¿A qué colectivos, asociaciones, etc., se les ha pedido sus aportaciones?

A las asociaciones de pacientes relacionadas con problemas de salud concretos y su atención, así como cualquier persona o colectivo que haya vivido en primera persona o acompañando a personas cercanas en procesos de atención sanitaria pueden aportar sus propuestas a la Estrategia de Humanización. Hay asociaciones que ya forman parte de alguno de los Comités de Humanización.

Igualmente, se tiene en consideración que la Estrategia de Humanización tiene como eje la garantía de los derechos de las personas en Las líneas de trabajo plasmadas en este documento son el resultado de la acumulación de la experiencia de profesionales de nuestro sistema

relación con su atención por el sistema sanitario público. Por ello, quienes tienen como líneas de actuación las relacionadas con mejoras en el sistema sanitario dirigidas a mejorar o garantizar mejor el cumplimiento de los derechos recogidos en la normativa, son invitadas a aportar sus puntos de vista y propuestas.

El Portal de Transparencia ha permitido hacer accesible la participación al mayor número posible de entidades y personas a las que no se ha llegado por otros medios.

ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE NAVARRA

Edita: Dirección General de Salud

Redacción: Isabel Ansa, Javier Díez, Fernando

Domínguez, Lázaro Elizalde, Begoña Flamarique, Marisa Hermoso de Mendoza, María José Lasanta, Alfredo Martínez, Conchi Moreno, Olga Sanz y Maite Soria.

Para acceder al documento, a través de este enlace:

https://gobiernoabierto.navarra.es/es/participacion/ procesos/estrategia-humanizacion-del-sistema-sanitariopublico-navarra



¡VIVE EL VERANO 2018 CON CLEN COLLEGE! NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los médicos colegiados en Navarra y sus hijos/as disfrutarán de un descuento de hasta un 50% en los cursos intensivos, campamentos y actividades programadas por Clen College Centros Lingüísticos durante el verano de 2018.

Campamentos Urbanos (4-13 años)

Inglés, alemán, francés y chino

Fechas:

Jul.: del 16 al 27

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 24

Ago. / Sep.: del 27/08 al 7/09

Horario: De 9:00-13:00 h.

(Disponible servicio de guardería y comedor).

Precio: 320,00 €

(50% dto. para hijos/as de médicos).

Opción de días sueltos.

Campamento Residencial en Alloz (7-14 años)

Escape Room + deportes acuáticos

Fechas:

Julio.: del 15 al 20

Agosto: del 19 al 24

Precio: 320,00 €

Opción campamento de día.

Horario: De 9:00-19:00 h.

Precio: 210,00 €

Cursos Adolescentes (14-17 años)

Conversación, recuperaciones, Escuela Oficial de Idiomas (EOI).

De lunes a viernes.

Horario: De 9:00-11:00 h. De 9:00-11:00 h.

Consulta horarios y precios en 948 172 391 o mándanos un correo recepcion@clencollege.com

Con descuentos de hasta un 50% para hijos/as de médicos.

CLEN College

ADULTOS

Cursos Intensivos

20 horas: Lunes a viernes

(2 horas diarias). Mañanas o tardes.

40 horas: Lunes a viernes

(4 horas diarias). Mañanas o tardes.

Fechas:

Jul.: del 16 al 27

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 24 Ago. / Sep.: del 27/08 al 7/09

Precio:

Intensivo 215,00 €

20 horas: Nuevo alumno

Intensivo 420,00 €

40 horas: Nuevo alumno

(50% dto. para médicos)

Cursos Preparación Cambridge

FCE: 16 julio al 17 agosto

Precio: 420,00 €

CAE (1): 16 julio al 17 agosto

Precio: 420,00 €

CAE (2): 30 julio al 6 sep.

Precio: 485,00 €

De lunes a viernes, 2 horas diarias. Mañanas o tardes.

(50% dto. para médicos e hijos/as.)

Cursos Preparación Escuela Oficial de Idiomas (EOI)

20 horas: Lunes a viernes (2 horas diarias).

Mañanas o tardes.

Fechas:

Jul. / Ago.: del 30/07 al 10/08

Ago.: del 13 al 31

Precio: A partir de 275,00 €

Para más información y contacto:

www.clencollege.com
948 172 391
recepcion@clencollege.com

Centro Clen Rochapea Avda. Marcelo Celayeta, 75 Nave B2, puerta 2A, Of. 58

Centro Clen Colegio de Médicos Avda. Baja Navarra, 47

Centro Clen Mendebaldea Irunlarrea, 8 entreplanta

UNIVERSITY of CAMBRIDGE ESOL Examinations

Authorised Centre



EXTRANJERO verano

Swnanage (Reino Unido):

- Programas de 2, 3 y 4 semanas en residencia, con clases, actividades extraescolares y excursiones.
 Desde 2.780 euros.
- Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia.
- Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes.

Dublín

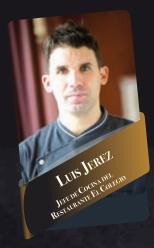
- Programa de 2 y 3 semanas en familia, con clases y extraescolares hasta las 17 horas. Desde 2.590 euros.
- Salida en grupo desde Pamplona con monitor durante toda la estancia
- Todo incluido: clases, excursiones, pensión completa, traslados y billetes

Toronto

 Programa de 3 semanas en familia. Desde 2.790 euros.

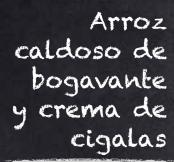
Infórmate de otros destinos de verano, trimestres/cinco meses o curso escolar en Canadá, EEUU, Irlanda y Reino Unido.





La receta del Chef







Ingredientes (para 4 personas):

500 g de arroz bomba,1 cebolla, 2 zanahorias, 1 calabacín,1 pimiento rojo, 3 dientes de ajo, 2 bogavantes de 500 g, 0,5 litros de crema de cigalas,1 litro de fumet.

Ingredientes para crema de cigalas:

4 zanahorias, 3 cebollas, 3 puerros, 3 dientes de ajo, 1 copa de cognac, cáscaras de cigalas, sal, 50 g de arroz, 100 ml de tomate, 3 litros de fumet.

Elaboración crema de cigalas:

Picaremos las verduras y las colocamos en una cazuela a pochar con aceite de oliva. Una vez pochado, echaremos las cáscaras y flambearemos con el cognac. Añadiremos el tomate, el arroz y el fumet, y dejamos cocinar a fuego suave durante 30 minutos. Una vez pasado el tiempo, lo trituraremos y colaremos poniendo el punto de sal. Lo reservamos para el momento de elaborar el arroz.

Pre-elaboración del arroz:

Pondremos en una sartén a dorar un poco de aceite y el ajo. Le añadiremos el arroz, una pizca de sal y el fumet. Dejaremos que se haga sin tapar y una vez hecho reservamos el arroz. Por otro lado, picaremos las verduras en brunoisse y las pocharemos en aceite y lo reservaremos. Los bogavantes los cortamos por la mitad.

Elaboración:

En una cazuela pondremos las verduras pochadas a fuego fuerte, añadiremos la crema de cigalas y los bogavantes para que se cocinen, mojaremos con un poco de fumet y cuando el bogavante esté prácticamente hecho le añadimos el arroz que estará a falta de un hervor para terminar de cocinarse. Lo podremos presentar en una paellera o en platos individuales.

PARA DISFRUTAR DE MOMENTOS MUY ESPECIALES

momento de conocer la Terraza "gourmet" del Restaurante El Colegio. Un lugar tranquilo, en el centro de Pamplona, donde disfrutar de la luz tan

especial que nos ofrece la primavera.

Con un cuidado césped, un elegante mobiliario, y por supuesto, una atención de primera, se podrá degustar un menú de picoteo (tablas de quesos, embutidos...) acompañado de bebidas y cócteles.

La terraza del Restaurante y la primavera...el tándem perfecto.



Os informaremos de todas las novedades de la terraza en la web del Restaurante (https://restauranteelcolegio.es) Además, próximamente, también en la Web se informará

del Menú de Sanfermines y se podrán hacer las reservas. Os adelantamos que para el día 7 de julio ya está COMPLETO.





SELECCIÓN Y DISEÑO, S.L.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS:

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

EXPOSICIÓN II ENSANCHE:

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

EXPOSICIÓN SAN JUAN:

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

www.salinasselección.com info@salinasselección.com



DIRIGIDAS A ESTUDIANTES DE SEGUNDO CICLO DE MEDICINA.

■ IDOIA OLZA

I Colegio de Médicos de Navarra, en colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, ha iniciado un programa de charlas sobre especialidades dirigidas a estudiantes de segundo ciclo de Medicina de la Universidad de Navarra. Con estas charlas, el Colegio de Médicos quiere acercar a los estudiantes de Medicina hacia la entidad colegial y servir de puente entre su formación académica y su vida laboral.

La primera charla se celebró el 12 de abril y abordó el tema de Urgencias y Emergencias, bajo el título ¿Qué te interesa de la especialidad?, en la que intervinieron Iñaki Santiago, médico adjunto del Servicio de Urgencias del CHN; Carlos Beaumont, médico adjunto de Urgencias, responsable de Docencia MIR en Urgencias y Vocal de Médicos Tutores del Colegio; y Sara Solas, residente de Medicina de Familia y Comunitaria. También colaboró la Sociedad Navarra

de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES Navarra). Participaron alrededor de 70 estudiantes.

Para establecer los contenidos de las charlas, los estudiantes realizaron una encuesta sobre las especialidades que más les interesaban. Según los resultados, Urgencias fue la que recibió mayor número de votos, seguida de Pediatría.

↑ Unos 70 estudiantes asistieron a la primera charla informativa.



URGENCIAS Y EMERGENCIAS INICIA EL PROGRAMA

Iñaki Santiago recordó que España junto a Creta eran los dos únicos países europeos donde no está reconocida la especialidad de Urgencias y Emergencias. Si bien se mostró optimista y aseguró que "este año espero que tengamos buenas noticias y en el próximo MIR esté, por fin, reconocida la especialidad de Urgencias".

Explicó que en la actualidad en el Servicio de Urgencias del CHN trabajan 45 médicos adjuntos y, además, 12 residentes al día. La mayor parte de los médicos que forman este Servicio son médicos de Familia e Internistas. "La formación en Urgencias –máster, experto o Formación Continuada- nos la hemos tenido

que buscar cada uno con nuestros medios".

Se refirió a las características de la Medicina de Urgencias: "tiene una alta demanda (en España el pasado año hubo 27 millones de atenciones) y una alta presión asistencial; no es una medicina programada; se toman decisiones importantes en un tiempo limitado, con pocos datos, y con pacientes graves o terminales; hay una variabilidad importante de pacientes y de patologías; y es necesario tener una importante capacidad de trabajo en equipo".



Carlos Beaumont, Iñaki Santiago y Sara Solas, respondieron las preguntas sobre Urgencias y Emergencias.

Por su parte, Carlos Beaumont explicó cuál era la organización general del trabajo en el servicio de Urgencias Hospitalarias y las rotaciones de las diferentes especialidades en el servicio de Urgencias (variaciones por centro, mínimo común: las guardias de primer año). Además, se refirió también a la supervisión de la actividad del residente

Sara Solas, residente de Medicina de Familia y Comunitaria, afirmó que esta especialidad aporta a la formación para Urgencias rotaciones por muchas especialidades y sobre todo en servicios de Urgencias Rurales y Urgencias Extrahospitalarias, "aunque es necesario presionar para adquirir más experiencia en Urgencias. Faltan rotaciones el algunas especialidades como Anestesia o Intensivos".

Una vez finalizadas las ponencias, se desarrolló un coloquio muy activo. Los estudiantes realizaron muchas preguntas a los ponentes sobre diferentes aspectos de la Medicina de Urgencias. Está previsto que la próxima charla se organice para el mes de septiembre.



¿Están acaso los "burn out" perdidos para siempre?

Nada más lejos de la realidad

No, no se trata de un área del hospital, se trata de un grupo de médicos, los "burn out". Médicos que se han dado a los pacientes y a su profesión hasta un punto en el que ya se encuentran cansados, hastiados de ver el ir y venir de pacientes, ver cómo mueren o cómo infravaloran la atención que han recibido.

Estos profesionales no es que hayan estudiado una carrera equivocada, o una especialidad errónea, son profesionales invadidos por una monotonía y rutina que merman sus ánimos y sus ganas por salvar vidas. Han perdido la emoción y la perspectiva. Han dejado de darse cuenta de que realmente están atendiendo a personas en uno de sus momentos más vulnerables, de que los cuidan en la enfermedad, el único momento en el que la persona solo tiene la opción de confiarse a otra, alguien ajeno a ella y esperar un desenlace. No son capaces de percibir esa confianza ciega que tiene el paciente en ellos, en los únicos capaces de poner remedio a su sufrimiento.

Justo ahí, se está viviendo un desequilibrio psicológico brutal; por un lado, tenemos a ese paciente entregado y, por otro, al médico abatido. Un desequilibrio letal para la alianza terapéutica y la relación médico-paciente, ya que, con el tiempo, el propio paciente se dará cuenta de que su doctor ha perdido el interés por las vidas que, simplemente, deja a merced de las inclemencias del destino, pensando que todos estamos destinados a morir, y que es por ello por lo que da igual lo que haga, debido a que el paciente morirá. En esta revelación me gustaría hacer especial hincapié, ya que el paciente se ha dado cuenta que ha topado con un médico "pseudodeprimido" y, ciertamente, este estado se extiende por correlación al paciente, y genera una sensación de desesperanza, y como muchos ya saben, esto puede llegar a ser realmente

crítico para el desenlace de la dolencia. Todos somos más que conscientes de la importancia del estado anímico del paciente en el transcurso de la enfermedad.

Ahora bien, ¿están acaso los "burn out" perdidos para siempre? Nada más lejos de la realidad. Recordemos la idea, son profesionales que han perdido la ilusión por lo que hacen, y es fácilmente reconocible en el concepto que esta afección tiene solución.

Consiste en que el individuo recuerde los motivos que le llevaron a estudiar la carrera, esas maravillosas sensaciones que sintió cuando descubrió su vocación, los dolores de cabeza que tuvo para tener buena media, la alegría que experimentó cuando fue aceptado en la facultad, los nervios del primer día de clase, su primera disección...

Que recuerde esas sensaciones de evolución personal que tuvo en sus comienzos, y lo más importante de todo, que mire a sus pacientes, no como meros números de expediente o de habitación, sino como las personas que son; con su pasado, presente y futuro. Que se de cuenta de que si no cura a esa anciana tal vez no pueda volver a darle un beso a su nieto, que el niño que tiene en su mesa de operaciones podría ser el cirujano que desarrolle una técnica mucho más segura para trasplantar un corazón y que, a fin de cuentas, son ellos mismos los que están al otro lado. Todos hemos sentido terror por una intervención, todos hemos llorado por nuestros seres queridos en sus momentos más oscuros, y lo mejor de todo: todos y cada uno de nosotros moriremos en algún momento; y os puedo jurar que no querremos a nuestro lado a una persona triste, sino a ese profesional que no perdió la fe, que luchó por nosotros hasta entregar cada una de sus neuronas repasando sus 10 años de formación. Aquella persona que se dejó las huellas dactilares pasando páginas de enormes libros, la que, a fin de cuentas, tendrá que seguir adelante, pasar página y luchar un día más, por un

Es por esto que os pido que seáis ávaros, que atesoréis cada segundo de emoción en vuestras carreras, que guardéis con celo la cara de felicidad de ese abuelo que puede volver a casa con su familia, o la emoción de calmar a un recién nacido con vuestras carantoñas, pues en última instancia, es únicamente con lo que os quedareis de esta profesión.



Dr. Javier Álvarez Caperochipi, ↑
autor del libro 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 trasformaría 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 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 Nava-

rro", dejando en ambos, desde la reflexión, escritos interesantes, que pudieran tener todavía cierta actualidad.



Portada del libro «Manuel Jimeno Egúrvide (1856-1937), médico prestigioso de la vieja Pamplona», que puede adquirirse en las oficinas del Colegio de Médicos de Navarra al precio de 10 Euros.



ASESORÍA JURÍDICA

¿LAS GUARDIAS LOCALIZADAS PUEDEN CONSIDERARSE TIEMPO DE TRABAJO?

(SENTENCIA DEL TRIBUNAL DE JUSTICIA DE LA UNIÓN EUROPEA DE 21/2/18)



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

Desde la sentencia dictada por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) de 3 de octubre de 2000, en una cuestión prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana a instancia de la reclamación del Sindicato de Médicos de Asistencia Pública (SIMAP), se viene considerando que las guardias de presencia física deben considerarse tiempo de trabajo.

La Directiva 2003/88/CE, de 4 de noviembre, del Parlamento Europeo y del Consejo, por la que se regulan determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, establece en su artículo 2 que por tiempo de trabajo debe entenderse todo periodo durante el cual el trabajador permanezca en el trabajo, a disposición del empresario y en ejercicio de su actividad o de sus funciones, de conformidad con las legislaciones y/o prácticas nacionales.

Por su parte, el artículo 3 establece el descanso mínimo diario de 11 horas consecutivas en el curso de cada periodo de 24 horas. El artículo 5 relativo al descanso semanal, dispone que los trabajadores tienen derecho a disfrutar por cada periodo de siete días de un periodo mínimo de descanso ininterrumpido de 24 horas, a las que deben añadirse las 11 horas de descanso diario referido.

Y el artículo 6 relativo a la duración máxima del tiempo de trabajo semanal que la duración media del trabajo no puede exceder de 48 horas, incluidas las horas extraordinarias por cada periodo de siete días. Su artículo 16 establecía un periodo de referencia para el cálculo de tal promedio de cuatro meses.

La aludida sentencia del TJUE de 3 de octubre de 2000 estableció que el tiempo dedicado a atención continuada prestado por médicos de Equipos de Atención Primaria en régimen de presencia física en el centro sanitario, debe considerarse tiempo de trabajo en su totalidad a efectos de los diferentes preceptos de la Directiva. Y por lo que respecta a la prestación de servicios de atención continuada

por dichos médicos en régimen de localización, la sentencia establecía que solo debía considerarse tiempo de trabajo el correspondiente a la prestación efectiva de servicios de atención primaria.

Ahora, ha dictado el mismo TJUE el 21 de febrero de 2018 una sentencia que establece que debe considerarse también tiempo de trabajo el tiempo que el trabajador está en su domicilio con la obligación de responder al requerimiento del empresario, en unos concretos supuestos.

El caso que conoció el Tribunal Europeo es el de un bombero del Ayuntamiento de Nivelles (Bélgica), que reclamaba que se le pagara en concepto de indemnización de daños y perjuicios, por no habérsele pagado durante sus años de servicio, las retribuciones relativas a sus servicios de guardias domiciliarias.

La sentencia se hace eco de anteriores pronunciamientos del propio Tribunal Europeo sobre el sistema de guardia localizada en los que se recogía que aunque el trabajador deber estar a disposición de su empresario en la medida que debe estar localizable, en tal situación el trabajador puede administrar su tiempo con menos limitaciones y dedicarse a sus intereses profesionales, por lo que venía considerándose que sólo debía incluirse en el concepto de tiempo de trabajo el dedicado a la prestación efectiva de servicios.

A SESORÍA JURÍDICA



50

En el específico supuesto de la sentencia, el bombero del Ayuntamiento no sólo debía estar localizable durante sus tiempos de guardia, sino que debía responder a las convocatorias de su empresario en un plazo de ocho minutos en cuyo término debía estar presente físicamente en el lugar determinado por el empresario.

La sentencia entiende que la obligación de permanecer presente físicamente en el lugar determinado por el empresario y la restricción, que desde un punto de vista geográfico y temporal supone la necesidad de presentarse en el lugar de trabajo en un plazo de ocho minutos, limitan de manera objetiva las posibilidades que tiene el trabajador reclamante de dedicarse a sus intereses personales y sociales.

Y considera que esta limitación (estar presente en ocho minutos en el lugar señalado por el empresario) es diferente de la obligación de simplemente estar a disposición del empresario durante su servicio de guardia a los efectos de que éste pueda localizarle.

Señala la sentencia que en tales circunstancias, el concepto de tiempo de trabajo establecido en la Directiva 2003/88 debe interpretarse en el sentido de que se aplica a una situación en que un trabajador tiene la obligación de permanecer en su domicilio durante el periodo de guardia, de estar a disposición del empresario y de poder presentarse en su lugar de trabajo en un plazo de ocho minutos.

De todo lo anterior, concluye la sentencia, que el artículo 2 de la Directiva 2003/88 debe interpretarse en el sentido de que el tiempo de guardia que un trabajador pasa en su domicilio con la obligación de responder a las convocatorias de su empresario en un plazo de 8 minutos, plazo que restringe considerablemente la posibilidad de realizar otras actividades, debe considerarse tiempo de trabajo.

Hasta aquí la sentencia del Tribunal Europeo. La cuestión estriba en valorar si su doctrina sirve para pretender que las quardias localizadas que realiza el personal facultativo del Servicio Navarro de Salud, o del centro privado de que se trate, deben considerarse tiempo de trabajo a los efectos de la Directiva 2003/88 (duración máxima del tiempo semanal, descanso diario, descanso semanal).

Parece que el pronunciamiento de la sentencia no habilita para llegar a la conclusión con carácter general de que cualquier guardia

localizada debe considerarse tiempo de trabajo; pues el pronunciamiento de la sentencia específicamente establece que tendrá tal consideración en el supuesto de que el trabajador tenga la obligación durante la guardia localizada de presentarse en el lugar de trabajo en plazo de 8 minutos.

Si tal fuera la exigencia que la Administración Sanitaria o el hospital o clínica de que se trate establece para que el médico de guardia localizada tenga que llegar al hospital o al centro de salud, podría entenderse aplicable la doctrina de la sentencia del Tribunal Europeo.

Parece que el pronunciamiento de la sentencia no habilita para llegar a la conclusión con carácter general de que cualquier guardia localizada debe considerarse tiempo de trabajo

MARCO AURELIO, EMPERADOR DE ROMA

2^A PARTE

∞ JESÚS REPÁRAZ PADROS

bre durante el gobierno de

sta personalidad sobria y autodisciplinada -rasgos que coinciden en destacar todas las fuentes antiguas- se completaba en Marco Aurelio con una visión del mundo profundamente pesimista y escéptica. Desinteresado de las vanidades del poder y deseoso de alcanzar, no bienes materiales ni glorias mundanas, sino la verdadera paz espiritual, Marco Aurelio buscó refugio durante toda su vida en la meditación, el estudio y la filosofía, destacando más en él los valores de moralista que las cualidades de hombre de Estado que, en realidad, eran más bien escasas. Por otra parte, las difíciles circunstancias en que se desarrolló su reinado contribuyeron también a exacerbar la ya sombría cosmovisión de Marco Aurelio. De hecho, v como si de una extraña maldición se tratase, las calamidades de las que el Imperio se había visto li-

BIOGRAFÍAS MÉDICAS

Antonino Pío comenzaron a sucederse una tras otra desde el día mismo en que Marco Aurelio fue proclamado emperador.

Según refieren sus biógrafos, Marco Aurelio aceptó la púrpura imperial más como un deber de conciencia que como un privilegio del que poder hacer uso. Dado su temperamento, quizá previese que el ejercicio del poder habría de acarrearle más disgustos que satisfacciones y, siendo así, sólo su sólida adhesión al ideal estoico habría evitado su renuncia a la corona. Estos temores de Marco Aurelio, si en realidad los tuvo, no tardaron en confirmarse. La primera catástrofe a la que hubo de hacer frente se produjo en la primavera del año 162 d.C., cuando un desbordamiento masivo del río Tiber arrasó gran parte de Roma, provocando epidemias y hambre. Casi al mismo tiempo comenzaron a estallar conflictos armados en distintos puntos fronterizos. A partir de ese momento, y pese a su natural tendencia a la paz y al sosiego, Marco Aurelio se vería envuelto en un estado de guerra permanente, bien contra los partos en Oriente, bien contra alguno de los pueblos germánicos que hostigaban las fronteras septentrionales del Imperio. Para hacer frente a Partia -el poderoso vecino oriental de Roma-, a mediados del año 162 d.C. Marco Aurelio envió como comandante de los ejércitos del Este a su colega y asociado al trono Lucio Aurelio Vero. Éste, que era un hombre de carácter opuesto al de Marco, mundano, mujeriego y vividor, poseía, no obstante, unas excelentes cualidades para la guerra y, lo que es aún más importante, un sentido de la lealtad hacia su compañero que jamás quebrantó. Durante la estancia de Vero en Oriente, las tropas romanas obtuvieron notables éxitos frente a los partos, hasta alcanzar la victoria definitiva y conseguir arrebatarles la Mesopotamia en el año 166 d.C. Sin embargo, y como si la Fortuna no quisiera mostrarse nunca demasiado favorable a Marco Aurelio, a su regreso de Asia los soldados llevaron consigo a Roma uno de los mayores y más temidos azotes de la Antigüedad: la peste bubónica.

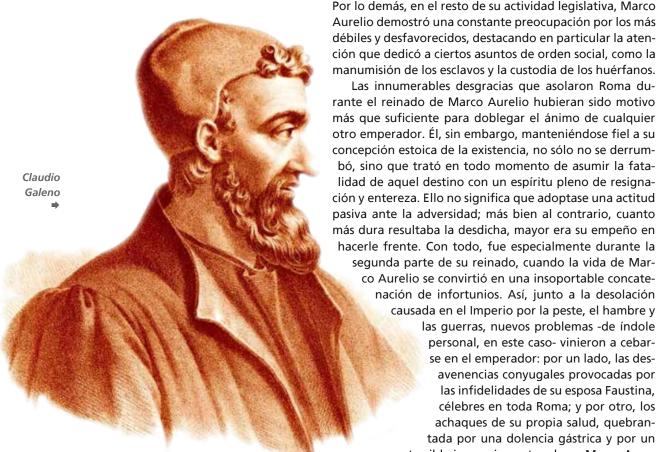
En los años que siguieron a la campaña de Partia, la peste asoló las ciudades y pueblos de la península Itálica provocando, sólo en Roma, la muerte de doscientas mil personas. Testigo excepcional de aquel cataclismo fue el griego Claudio Galeno, un médico procedente de Pérgamo que se había establecido en la capital romana en el año 164 d.C. al servicio del emperador. Galeno era hijo de un célebre arquitecto llamado Nikón, y desde joven había destacado por sus habilidades curativas. La descripción que Galeno hizo de los síntomas de la enfermedad que asoló Roma en aquel tiempo ha planteado serias dudas sobre si se trató realmente de peste o quizá de alguna otra infección altamente contagiosa y letal como, por ejemplo, la

BUSCÓ REFUGIO
DURANTE TODA
SU VIDA EN LA
MEDITACIÓN,
EL ESTUDIO Y
LA FILOSOFÍA,
DESTACANDO MÁS
EN ÉL LOS VALORES
DE MORALISTA QUE
LAS CUALIDADES DE
HOMBRE DE ESTADO

viruela o el sarampión. Según relata el médico griego, el mal se presentaba bruscamente con fiebre alta, seguida de una inflamación de la boca y la garganta, una sensación de sed abrasadora y diarrea; hacia el noveno día de iniciado el proceso, los pocos que habían conseguido sobrevivir hasta entonces desarrollaban una erupción cutánea generalizada, a menudo pustulosa, y finalmente, la mayoría de ellos fallecía. Es evidente que, con sólo estos datos, se hace difícil aventurar un diagnóstico sobre la naturaleza de la plaga. En todo caso, sea cual fuere la enfermedad en cuestión, lo cierto es que la mortandad que produjo fue terrible, provocando en su período de mayor actividad más de mil fallecimientos diarios.

Al igual que ocurriera en tiempos de Nerón, cuando el incendio del año 64 d.C. dejó reducidos a escombros tres barrios enteros de la capital romana, ante la irrupción de la peste los cristianos fueron acusados por la plebe de provocar la "ruina del Imperio". Así pues, las persecuciones contra ellos –que habían sido abandonadas bajo Antonino Pío– se reanudaron con crudeza. Marco Aurelio, aunque poco dado a compartir las supersticiones del pueblo, desconfiaba de los cristianos, a los que consideraba igualmente supersticiosos e idólatras. Promulgó, pues, una ley que, aunque no específicamente dirigida contra ellos, castigaba a todo aquél que tratara de influir en la conciencia de las personas infundiendo cualquier tipo de temor a una Divinidad diferente de los dioses romanos tradicionales.

BIOGRAFÍAS MÉDICAS



Aurelio demostró una constante preocupación por los más débiles y desfavorecidos, destacando en particular la atención que dedicó a ciertos asuntos de orden social, como la manumisión de los esclavos y la custodia de los huérfanos. Las innumerables desgracias que asolaron Roma du-

rante el reinado de Marco Aurelio hubieran sido motivo más que suficiente para doblegar el ánimo de cualquier otro emperador. Él, sin embargo, manteniéndose fiel a su concepción estoica de la existencia, no sólo no se derrumbó, sino que trató en todo momento de asumir la fatalidad de aquel destino con un espíritu pleno de resignación y entereza. Ello no significa que adoptase una actitud pasiva ante la adversidad; más bien al contrario, cuanto más dura resultaba la desdicha, mayor era su empeño en hacerle frente. Con todo, fue especialmente durante la

segunda parte de su reinado, cuando la vida de Marco Aurelio se convirtió en una insoportable concatenación de infortunios. Así, junto a la desolación causada en el Imperio por la peste, el hambre y

> las guerras, nuevos problemas -de índole personal, en este caso- vinieron a cebarse en el emperador: por un lado, las desavenencias conyugales provocadas por las infidelidades de su esposa Faustina, célebres en toda Roma; y por otro, los achaques de su propia salud, quebrantada por una dolencia gástrica y por un terrible insomnio contra el que Marco Aure-

lio jamás halló remedio.

Cuando, en el año 167 d.C., las tribus bárbaras de los cuados, los sármatas y los marcomanos irrumpieron en las provincias danubianas tratando de obtener beneficio de las dificultades que Roma atravesaba, fue el propio Marco Aurelio, postrado y enfermo, quien, además de aportar su tesoro particular para sufragar los gastos de reclutamiento de un nuevo ejército, se puso personalmente al frente de las legiones. A pesar de su aparente debilidad física y de su escasa formación militar, aquel hombre de férreo autocontrol y voluntad inquebrantable fue capaz de dirigir a sus tropas en medio de las condiciones más adversas, hasta conseguir detener el avance de los germanos. Fue precisamente por aquella época, próximo ya al final de sus días, cuando Marco Aurelio comenzó a recoger en un libro los pensamientos y meditaciones que de manera intermitente había ido elaborando a lo largo de sus casi veinte años de permanencia en el poder. La obra -considerada por algunos como el mejor exponente del estoicismo romano tardío- consti-

LA PESTE ASOLÓ LAS CIUDADES Y PUEBLOS DE LA PENÍNSULA ITÁLICA PROVOCANDO, SÓLO EN ROMA, LA MUERTE DE DOSCIENTAS MIL PERSONAS. TESTIGO **EXCEPCIONAL DE** AQUEL CATACLISMO FUE EL MÉDICO GRIEGO CLAUDIO GALENO



BIOGRAFÍAS MÉDICAS

tuye una especie de manual de moral en el que el autor reflexiona sobre cuestiones éticas y filosóficas tales como la brevedad de la vida, la vanidad de las cosas y la conveniencia de obrar en todo asunto y ocasión "conforme a la naturaleza". Desde el punto de vista literario, Marco Aurelio emplea un estilo pausado, reiterativo y didáctico, como si tratase de guiar al lector, de un modo suave e imperceptible, hacia la meta de una paz espiritual que el ajetreo de la vida y los bienes materiales impidiesen alcanzar. Curiosamente, en el fondo de muchas de sus anotaciones late una afinidad implícita con los principios morales del cristianismo, una religión que el mismo Marco Aurelio persiguió por considerarla nociva y peligrosa, no para su persona o sus intereses (como fue el caso de Nerón o el de Domiciano), sino para el propio Estado romano.

La extremada dureza de la campaña del Danubio y las penalidades que en ella padeció hicieron envejecer de forma prematura a Marco Aurelio. Tras más de diez años de constante batallar, la capacidad de resistencia del emperador comenzó a dar muestras de agotamiento. A principios del año 180 d.C., hallándose el ejército romano acampado junto a la ciudad de Vindobona (la actual Viena), Marco Aurelio cayó enfermo de gravedad. Así relata Herodiano aquellos días, que fueron los últimos de la vida de Marco Aurelio: «Cuando Marco era ya un anciano [en realidad, no había cumplido aún los cincuenta y nueve años], consumido no sólo por la edad sino también por los trabajos y las preocupaciones, mientras estaba ocupado en la campaña de Panonia, una grave enfermedad se apoderó de él. Sospechando que las esperanzas de restablecerse eran escasas y viendo que su hijo Cómodo estaba en el umbral de la adolescencia, tuvo miedo de que, al encontrarse el ardor de su juventud en la orfandad, con el poder absoluto y sin trabas, rechazara las buenas costumbres y enseñanzas recibidas y se entregara a borracheras y desórdenes; (...). Como hombre muy culto que era, le inquietaba sobremanera el recuerdo de quienes habían accedido al poder en su juventud (...)». Con el espíritu agitado por tales preocupaciones, Marco convocó a sus consejeros y a todos sus parientes que estaban con él, y dispuso que su hijo estuviera a su lado. Cuando todos estuvieron reunidos se levantó tranquilamente y comenzó a dirigirles estas palabras: «(...) Cuidad, pues, ahora de mi hijo, a quien vosotros mismos educasteis, recién llegado a la edad de la adolescencia y necesitado de buenos pilotos como en medio de un mar tempestuoso; que no se estrelle en los escollos de una vida indigna, arrastrado por la falta de experiencia de lo que es su deber. Después de decir esto, le sobrevino a Marco una lipotimia y se calló. Cuando se acostó de nuevo, completamente agotado, la compasión se apoderó de todos los presentes de tal modo que algunos de ellos no pudieron ALGUNAS FUENTES
ATRIBUYEN A LA
ENFERMEDAD
IMPORTADA DE
ASIA LA MUERTE DE
MARCO AURELIO,
QUE ACEPTÓ
CON LA MISMA
RESIGNACIÓN QUE
HABÍA DEMOSTRADO
ANTE EL SINFÍN DE
DESVENTURAS QUE
JALONARON SU
EXISTENCIA

contener los gritos de dolor. Vivió todavía una noche y un día antes de morir, y dejó entre sus contemporáneos la añoranza y a la posteridad el recuerdo perenne de su virtud».

Algunas fuentes atribuyen a la enfermedad importada de Asia la muerte de Marco Aurelio, que se produjo el 17 de Marzo del año 180 d.C., y que él aceptó con la misma resignación que había demostrado ante el sinfín de desventuras que jalonaron su existencia. Sin embargo, del mismo texto de Herodiano se desprende que aquel hombre que en el ejercicio del mando había sido modelo de sobriedad y prudencia sucumbió en los momentos postreros de su vida a la tentación de perpetuar su linaje en el poder. Y así fue cómo, abandonando la sabia norma sucesoria establecida por Nerva casi un siglo atrás, Marco Aurelio cometió, hallándose a las puertas mismas de la muerte, el mayor y más trascendental error de todo su reinado: la designación de Cómodo como nuevo emperador de Roma.



La mitad del mundo tiene algo que decir, pero no puede; la otra mitad no tiene nada que decir, pero no calla.

Robert Frost (1874-1963), poeta estadounidense.

IÑAKI SANTIAGO

La comunicación, como medio de entendimiento entre las personas, es fundamental. Sin comunicación estamos perdidos, náufragos de información y de calor humano. Algunos ejemplos aclaratorios.

Hollivó. Así pronuncia mi querida madre la denominada Meca del cine. Clásicamente las películas de Hollivó intentan jugar con las emociones del que las disfruta, empleando un sinfín de triquiñuelas y subterfugios para goce y regocijo de cinéfilos y demás amantes del arte cinematográfico.

Por eiemplo, esos filmes que desarrollan su acción en el vasto espacio estelar suelen utilizar un manido recurso dramático que repiten una y otra vez, independientemente de la época en la que estén filmadas:

- ¡Apolo, Apolo! ¡Aquí Houston!... ¡kggggggg! ¡En unos instantes... ¡kgggg!... perderemos la comunicación con vosotros durante 5 minutos y 17 segundos!... ¡kgggggg!
- ...¡kggggg!... ¡Entendido Houston!... ¡kggggg! ... ¡Hasta dentro de 5 minutos y 17 seg...! ... ¡kgggggg!

Silencio. Sudor frío. El actor ubicado en Jiuston (¡qué graciosa mi madre!), en una maniobra aparentemente inconsciente, pero perspicazmente

elaborada por el sagaz director del film, se enreda nervioso la corbata en un frenético intento de aflojarse el nudo, mientras excitado enciende un cigarrillo que emite una nube de humo que ocupa toda la escena. Todos sabemos que la cósmica conexión, más pronto que tarde, regresará, pero el dramatismo, la fuerza y la tensión que provocan esos interminables momentos de desagradable silencio comunicativo son una sutil técnica cinematográfica magníficamente utilizada por diferentes regidores del séptimo arte.

En películas de la misma factoría hollivodiense, pero de temática radicalmente distinta, podemos asistir atónitos a unos de los peores castigos a los que puede ser sometido un recluso de esas siniestras cárceles norteamericanas, clásicamente regidas por un sudoroso y grasiento alcaide de procederes más que discutibles, continuamente arropado por un espigado policía de ojos inexpresivos escondidos tras unas lustrosas Ray-ban de espejo y con un bailarín palillo al morro que mueve profesionalmente de lado a lado de la boca, mientras acaricia excitado con su nervioso dedo índice el frágil gatillo de un Winchester con la culata chulescamente apoyada sobre la cadera: ¡la temida incomunicación! Incomunicar a un ser humano es dejarle huérfano

de información. Silenciado en vida. Enterrado en el mutismo. Y si ya te incomunican en una de esas penitenciarías del Tennessee más profundo, pues ¡para qué te quiero Andrés! Aguí no hay "Houston, tenemos un problema" que valga. Aquí ya sabemos que la comunicación no va a tornar... salvo que al casposo señor alcaide se le ocurra alguna maldad más infame, maliciosamente asesorado por el ínclito y vil policeman de gatillo fácil que siempre le custodia.

Y es que la información es crucial. Pero esta no sería posible sin una buena comunicación. Esta, la comunicación, puede ser variada, múltiple y heterogénea. Puede ser verbal o escrita. Pero también puede ser gestual, ejecutando movimientos diversos con las manos o mediante el ingenioso uso de la mímica, mohines varios u otros espasmos faciales más o menos forzados. Hay quien a esto añade la comunicación olfativa, la táctil y otras varias. Hasta veintiocho formas diferentes de comunicación, según los expertos. Por cierto, tengo un amigo auténtico experto, amén de entusiasta, de la comunicación olfativa, capaz de desalojar cualquier recinto con solo aflojar silenciosamente su diestro y competente esfínter anal. Y si ha comido legumbres, su capacidad comunicativa de tipo olfatorio puede ser percibida hasta



por el mayor insensible de los anósmicos. Todo un hábil experimentado, mi amigo, amén de un punto cochinote.

Centrándonos en el tema, la comunicación más habitual, la que más empleamos y con la que convivimos en nuestras diferentes labores diarias son la comunicación verbal y la gestual, simultáneamente aplicadas. Somos incapaces de hablar sin trasmitir un

mínimo gesto o postura, so peligro de acabar apodados "el carapalo".

Lo que digamos es crucial para que el receptor de nuestro mensaje tenga claro qué queremos expresar. Y esto tiene que ver mucho con la forma de ser de cada uno. Así por ejemplo, me viene a la mente aquel venerable ancianito de 94 años que, preguntado por el motivo de su visita al médico, contestó con un sincero:

 ¡Es que noto algo de frescurica! – acompañado de un claro gesto de escalofrío.

¡Treintainueve grados y medio tenía la criatura! ¡Y decía que tenía frescurica!

O aquel otro, de unos ochenta y pico, tosco como un brabán que en pleno desarrollo de un cuadro ictal, lo que le permitía comunicar su molesta disartria era:

ANECDOTARIO

 Es que, aparte de notar la lengua rara, ¡noto la mano un poco mareada! -mientras luchaba tenazmente intentando controlar la poca fuerza que le quedaba en el brazo.

Formas curiosas de trasmitir la información, pero que al final consiguen su claro propósito: la comunicación.

LLÁMEME POR MI NOMBRE, POR FAVOR

Introducción.

En Urgencias, la comunicación es esencial, ya que una buena transmisión de la información nos vas a permitir tomar importantes decisiones en un breve espacio de tiempo. Esta comunicación la solemos obtener a través del paciente, de su familia, de los datos que nos remita su médico o de aquello que obtengamos de la historia clínica del paciente.

Sin embargo, como no podía ser de otro modo, a veces se alinean los astros de tal forma que te enfrentas a un pobre abuelo demenciado, sin familia, recién ingresado en una residencia, procedente de una provincia limítrofe. En conclusión, que no tienes nada de nada. Todo un reto médico que, con todos los respetos, raya con la actuación veterinaria.

Otras, te encuentras ante una persona inconsciente y sin documentación. Apuntaremos que a estos tenemos por costumbre asignarles un código alfanumérico compuesto por unas letras y unos números.

Renovando sistemas.

Hace poco tiempo, en mi hospital, se decidió que dicho código alfanumérico debía ser renovado por algo menos impersonal, ya que no quedaba bien que una persona fuera identificada por ejemplo como NNYo8467. Así es que las mentes pensantes, que las hay, dispusieron que, a partir de una determinada fecha, aquel usuario que acudiera a urgencia sin identificación sería registrados con el código alfanumérico de NOIDEN, oooo. Y así se hizo; y así se hace.

Añadir que actualmente asistimos a una ingente tormenta de nombres a cual más extraño, si no extravagante, procedentes de todos los confines del globo terráqueo en todos los idiomas, dialectos y formatos.

El debut del nuevo código.

Aquel indocumentado joven varón fue ubicado en reanimación en un estado semicomatoso producto a todas luces de la excesiva ingesta de alcohol, el desmedido consumo de drogas varias, así como el insano esnife de otras tantas porquerías. Se monitorizó, se tomaron constantes y se procedió a la estabilización respiratoria y hemodinámica.

Y en esto estaba el equipo médico habitual, cuando por ahí apareció una joven residente de primer año, que tras constatar la situación y aplicando sus conocimientos científicos, observó con interés la pegatina con los datos de identificación del paciente y, acercándose decidida hacia el mismo, le comenzó a gritar:

- ¡Noiden! ¡Noiden! ¡Respóndeme! ¡¿Qué te ha pasado?!

Las caras de estupefacción, junto con risas de fondo, impregnaron la zona.

- ¿Qué pasa que me miráis con esas caras? -inquirió perpleja la residente.
- Pues que parece que no estás al día de las novedosas innovaciones administrativas –le explicó compasivo un compañero, enterado de los recientes cambios.

Si le hubiera llamado Pepe, como así se constató posteriormente, igual habría reaccionado el ínclito paciente, pero, lógicamente, ante el grito de "Noiden" ni se inmutó. Más vale que el divertido suceso ayudó a relajar la situación.

A BUEN ENTENDEDOR...

Si hay una especialidad médica en la que una buena comunicación es primordial, esa es la Psiquiatría.

Aquella joven mujer, alrededor de la cuarentena, estaba ya diagnosticada de un trastorno esquizoafectivo que, siendo benévolos, se había descompensado un poquillo, por lo que acudió a urgencias implorando ayuda psicológica.

Cumplidamente atendida por el psiquiatra de guardia, la mujer comenzó a transmitir sus atormentadas vivencias. Tras escucharle con interés, el galeno le interpeló con calma:

- Bueeno,... ¿y qué tal te encuentras?
- ¡Como la Armada Invencible, doctor! –respondió rápidamente la atribulada paciente.
- O sea que bien; con fuerza –apuntilló el psiquiatra recordando la considerable dimensión de tamaña flota felipense de cuando estudiaba historia en la escuela.
- ¡No, no, doctor! ¡¡¡Hundida!!! ¡¡¡ Hun-di-da!!! –corrigió la apesadumbrada señora.

¡Angelicos!

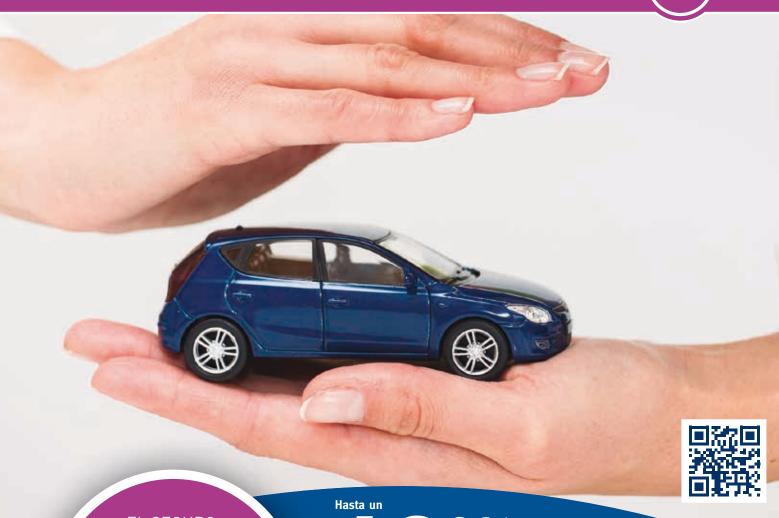


CONTIGO ME ATREVO A TODO...



Seguro de Automóvil





EL SEGURO A TODO RIESGO DE A.M.A, SEGUNDO MEJOR VALORADO POR LA OCU

Fuente: Encuesta Satisfacción OCU nov-2017

60% bonificación en su seguro de Automóvil

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



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





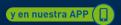












A.M.A. PAMPLONA

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