

CAMBIO CLIMÁTICO E INFECCIONES TRANSMITIDAS POR VECTORES

**LA ATENCIÓN
PRIMARIA, EJE
DEL SISTEMA
PÚBLICO DE
SALUD**

**X Premio Sánchez
Nicolay para
Pedro Errasti**

**Adriana Goñi,
ganadora del Premio
Federico Soto**



SUMARIO

PANACEA

Revista trimestral del
COLEGIO DE
MÉDICOS
DE NAVARRA

Junio, 2019 - N° 125

Consejo de Redacción:

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

Comisión Científica:

Jesús Repáraz, Carlos
Larrañaga, Rebeca Hidalgo,
Óscar Lecea,
Tomás Rubio, M^a Victoria
Güeto y Laura Berriuso.

Coordinación General:

Trini Díaz: trini@medena.es

Redacción:

Idoia Olza y Trini Díaz.

Publicidad:

Tel: 948 22 60 93

Fotografía:

Redacción.

Diseño y maquetación:

Gráficas Pamplona.

Redacción y Administración:

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

Soporte válido del Ministerio de Sanidad:

SV-88014-R

Depósito Legal:

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

www.colegiodemedicos.es

Destacamos...

12 VI Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes



26 Bienvenida a los nuevos MIR



39 Fórmate en tu Colegio: avance del Programa Otoño 2019



52 Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria: ¿En qué consiste? Dr. Javier Urriza



62 El descremado sociológico de la atención primaria española. Dr. Juan Simó



...y además:

- 3 Editorial
- 4 X Premio Sánchez Nicolay
- 8 Premio Federico Soto
- 18 Foro de Análisis y Reflexión Atención Primaria
- 22 Píldoras para la Salud
- 25 Coro colegial
- 28 Día de la Atención Primaria
- 31 Horticultura
- 32 Día Mundial sin Tabaco
- 34 Formación: Salud de los pies a la cabeza
- 40 Ética y Deontología
- 44 Actividades de la Junta
- 45 Sociedades científicas
- 50 Congreso AMINE
- 54 Universidad
- 56 Divulgación Científica: Cambio climático
- 66 CLEN College
- 70 Restaurante El Colegio
- 72 Pacientes: ATEHNA
- 75 Asesoría Jurídica
- 76 Biografías médicas: María de Medici (II)
- 80 Humanidades: Las primeras médicas
- 86 Viajes: Ciudad Rodrigo
- 90 Libros
- 92 Anecdótico



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

Plan Estratégico

Junta Directiva del
Colegio de Médicos
de Navarra

El día 17 de junio tuvimos una reunión con los empleados del Colegio y sus empresas para presentar el Plan Estratégico para los próximos años. Se trata de un plan vivo, dinámico, cuya pretensión última es hacer sostenible y viable a la Institución Colegio de Médicos.

Como ya se informó en su momento, en septiembre de 2017, la Junta de este Colegio decidió comenzar un proceso de reflexión estratégica a raíz de su situación económica.

Tras este proceso de reflexión, y contando con la implicación y participación activa de toda la Junta, se elaboró un Plan Estratégico para el Colegio que recoge las grandes líneas de actuación para los próximos años.

El 25 de junio de 2018 se aprobó el mencionado Plan Estratégico, que se presentó previamente en la Asamblea de abril de 2018. A partir de ese momento se comenzó con la implantación de la primera parte.

Iniciamos el camino por las áreas más complejas:

1. Reestructurar las deudas,
2. Mejorar la situación financiera con las entidades bancarias,
3. Ordenar las relaciones con la OMC,
4. Gestionar pagos a proveedores,
5. Reducir costes y
6. Ajustar plantillas.

No ha sido fácil, en absoluto, pero desde la responsabilidad y el compromiso adquirido con esta Institución, entendimos en todo momento que había que hacerlo. Las decisiones han sido complejas, meditadas, buscando la viabilidad de la entidad.

Una vez superada la dura y compleja primera parte, ha llegado el momento de desarrollar el Plan Estratégico en detalle; un plan en el que los empleados son los protagonistas.

La finalidad de la presentación a los trabajadores es que tuvieran una visión global, abierta y amplia de su propósito y, en consecuencia, de su alcance.

Es cierto que tener un Plan escrito no lo es todo, no es suficiente. Lo importante es implantarlo, desarrollarlo, ponerlo en marcha y hacerlo a la velocidad necesaria que nos permita conseguir los objetivos en un tiempo previamente definido, en este caso, tres años.

Para alcanzar esta "velocidad de crucero" la Junta determinó la necesidad de contar con una persona responsable de su implantación, una persona externa a la Institución, con competencias, habilidades, capacidad de trabajo y experiencia suficiente, implicada, activa y responsable.

Se inició, así, un proceso de selección en el que nos acompañó una empresa especializada que ha concluido con la contratación de José Andrés Palacios Ferrer, quien fue presentado ese día a nuestra plantilla y que nos ayudará a hacer viable y sostenible este gran proyecto.

Esperamos desarrollar esta nueva y prometedora etapa con la ilusión de alcanzar los objetivos previstos.

El nefrólogo **Pedro Errasti**, galardonado con el X Premio Sánchez Nicolay a la Buena Práctica Médica

Jubilado en 2018, ha dedicado toda su vida profesional a los trasplantes renales en la Clínica Universidad de Navarra, en la que ha sido director del Departamento de Nefrología.

El consejero de Salud en funciones, Fernando Domínguez, y el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, entregaron el X Premio Sánchez Nicolay a la Buena Práctica Médica

al nefrólogo Pedro Errasti Goenaga, "por su vocación, su trayectoria profesional y su impulso a la Unidad de Trasplante Renal de la Clínica Universidad de Navarra durante su actividad laboral a lo largo de 40 años en el centro".

El galardón, que otorga el Departamento de Salud y el Colegio de Médicos de Navarra, celebra su décima edición. "Se trata de un premio que recompensa la dedicación, el interés por el enfermo, la empatía, la preocupación por la buena práctica y la ética profesional", destacó Rafael Teijeira en el acto de entrega, celebrado el pasado 12 de junio, en el Salón del Trono del Palacio de Navarra.

Arropado por más de 50 personas (familiares, amigos, compañeros, autoridades), el Dr. Errasti recibió el galardón y expresó la fortuna de "haber tenido la posibilidad de desarrollarme profesionalmente contando con los mejores recursos para proporcionar el mejor tratamiento posible al paciente".



Pedro Errasti, el consejero ▲ en funciones Domínguez y el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, en la entrega del premio.

CATEGORÍA HUMANA, VOCACIÓN DE SERVICIO

El Dr. Javier Pardo Mindán, director del Departamento de Anatomía Patológica de la CUN hasta su jubilación, hizo una glosa de Pedro Errasti y el consejero de Salud destacó, en su discurso, el esfuerzo, la categoría humana y la vocación de servicio de Pedro Errasti, a quien definió como impulsor y figura imprescindible en la historia de los trasplantes de riñón de Navarra. "En buena medida, es suya una gran parte de responsabilidad en los buenos resultados obtenidos".

Director del Departamento de Nefrología desde 2012 hasta 2018, el Dr. Errasti, ha contribuido a unos de los mejores resultados del mundo en supervivencia de pacientes trasplantados renales y supervivencia del injerto de riñón, cifrados estos últimos en un 98% a los 3 años de la intervención y del 96% a los 5, tasa de éxito superior a la media europea.

Describió al premiado como "un trabajador incansable por la consolidación del modelo de cooperación entre la Clínica Universidad de Navarra y el Complejo Hospitalario de Navarra en el ámbito de los trasplantes renales, buscando el beneficio del paciente y los mejores resultados en cuanto a eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos".

Domínguez finalizó su intervención haciendo extensivo el reconocimiento a los profesionales del ámbito de la salud, especialmente a los que participan en los equipos de trasplantes, sanitarios de todos los estamentos y no sanitarios, y a quienes intervienen desde la primera llamada de alerta: coordinación de trasplantes, protección civil, servicios de emergencias, bomberos y 112.



*Javier Pardo ▲
Mindán, Pedro
Errasti, Fernando
Domínguez, Piva
Sánchez (hija de
Sánchez Nicolay) y
Rafael Teijeira.*

"EL PACIENTE QUIERE QUE SE LE ESCUCHE, SE LE ATIENDA Y SE LE COMPRENDA"

En su discurso, el doctor Errasti, ensalzó la importancia de la relación médico-paciente al recordar que "el factor humano sigue siendo imprescindible para una óptima atención médica. El paciente quiere que se le escuche, se le atienda y se le comprenda", dijo en contraste con un ejercicio de la profesión de gran eficacia tecnológica que, unido a las prisas, a veces impide el trato personal que toda persona enferma requiere.

Errasti también recordó algunos hitos en los trasplantes renales en Navarra, como los casi 50 años desde el primer trasplante de riñón, el practicado en 1977 a un paciente todavía vivo y el primer embarazo de una mujer trasplantada de riñón, en 1974, entre otros.

Finalmente, el premiado compartió el galardón con su familia, especialmente con su esposa Conchita, y con el resto de médicos, jubilados y en activo.



En la imagen superior, Pedro Errasti, en el Salón del Trono con los invitados al acto. Bajo estas líneas, Errasti en su intervención.

X PREMIO DR. SÁNCHEZ NICOLAY

El premio Dr. Sánchez Nicolay a la Buena Práctica Médica recuerda la figura de este doctor, fallecido en 2005, que fue pionero e innovador en Medicina Intensiva y que puso en marcha el primer embrión de UCI en Navarra. Asimismo, Sánchez Nicolay fue durante 17 años, de 1980 a 1997, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y también ostentó la presidencia de la Organización Médica Colegial de España, desde 1997 hasta 2001.

El presidente del Colegio de Médicos, Rafael Teijeira, tuvo un recuerdo especial para Primitiva Antón, viuda de Sánchez Nicolay, que falleció el año pasado y que todos los años asistía a la entrega del Premio. Ahora los hijos cogerán el testigo.

En ediciones anteriores fueron reconocidos con el premio Doctor Sánchez Nicolay a las buenas prácticas médicas Salvador Carrascosa (2018); Jesús Elso Tartas (2017), Juana María Zubicoa (2016), Jone Aizarna Rementería (2015), Juan Luis Guijarro García (2014), José Manuel Cenzano (2013), Francisco Javier Barberena (2012), Jesús Viguria (2011) y Manuel Gállego Culleré (2010).





Familia, amigos y autoridades con el premiado.



COMPROMETIDO CON EL IMPULSO DE LOS TRASPLANTES RENALES EN NAVARRA

Pedro Errasti Goenaga es licenciado y doctor en Medicina por la Universidad de Navarra, y especialista en Nefrología por la Clínica Universidad de Navarra. Amplió sus estudios en el Hospital Necker-Enfants Malades de la Facultad de Medicina René Descartes (París), y en el John Radcliffe Hospital de la Universidad de Oxford.

Ha dedicado toda su vida profesional a los trasplantes renales, con 40 años de experiencia acumulada en la Unidad de Trasplante Renal

del Servicio de Nefrología de la Clínica Universidad de Navarra, donde intervino en la realización de 1.171 trasplantes de riñón. Durante su trayectoria se ha implicado en la implantación de nuevas técnicas y en el avance en el tratamiento de enfermedades renales en la Clínica.

Ha sido director del Departamento de Nefrología de este centro desde 2012 hasta su jubilación en 2018.

Su actividad asistencial ha estado acompañada de investigación y docencia, con más de 80 artículos

publicados en revistas nacionales e internacionales; ha editado 2 libros y ha participado en la elaboración de otros 6. Suma más de 250 comunicaciones en congresos y ha dirigido 5 tesis doctorales. Además, ha sido profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra.

Por lo que se refiere a la investigación, se ha centrado entre otras líneas, en los mecanismos de rechazo de los injertos, los estudios con nuevos supresores y los factores de riesgo cardiovascular tras el trasplante renal.

El coro del Colegio de Médicos recibió al Dr. Errasti en la sede colegial.



COLEGIO DE MÉDICOS

Premio FEDERICO SOTO a la investigación del suicidio en Navarra

La psicóloga clínica Adriana Goñi, ganadora del Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra

Concedido por M^a Antonia Soto y Carlos Gonzálo, y la Fundación Colegio de Médicos de Navarra, y dotado con 3.000 euros.

♦Trini Díaz

La investigación titulada "Comparación de una intervención de seguimiento telefónico versus tratamiento estándar para pacientes con intento de suicidio atendidos en urgencias" ha sido galardonada con el Premio Federico Soto a la investigación del suicidio en Navarra que concede M^a Antonia Soto y Carlos Gonzálo (hija y yerno del Dr. Soto) y la Fundación Colegio de Médicos de Navarra. Su investigadora principal es la psicóloga clínica Adriana Goñi Sarriés, en la actualidad directora del Hospital de Día Psicogeriátrico de la Red de

Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La entrega del Premio reunió, el pasado 29 de mayo, a familiares del Dr. Federico Soto y directiva del Colegio de Médicos, que han instituido este Premio para honrar la figura del ilustre neuro-psiquiatra y psicólogo, que fue durante 42 años director del Hospital Psiquiátrico de Pamplona.

Su hija mayor, María Antonia Soto Carasa, enfermera de profesión, junto con su marido, Carlos Gonzálo Guisande, médico, han donado a la Fundación del Colegio de Médicos de Navarra los 3.000 euros de este Pre-

mio destinado a la investigación sobre el suicidio, uno de los temas que preocupó y sobre el que investigó quien puede considerarse una de las grandes personalidades psiquiátricas en España. "Como medico -dijo su hija María Antonia- lo que buscaba era sanar, y especialmente a los pacientes que podrían ser víctimas de un sufrimiento tal que les podía llevar a tomar esta decisión. No deja de ser una paradoja que cuando el avance de la Medicina está consiguiendo un alargamiento de la vida, asistimos al incremento del número de personas que deciden quitársela".





*Adriana Goñi, Rafael ▲
Teijeira, Carlos Gonzalo
y M^a Antonia Soto
(yerno e hija del Dr.
Federico Soto).*

*Hijos y sobrinos de
Federico Soto junto a la
premiada y el presidente
del Colegio de Médicos
de Navarra. En la foto de
familia: Emi Gallués (viuda
de Javier Soto Carasa),
Maribel Soto Carasa,
Cristina Soto Carasa,
Federico Soto Carasa,
Ana Soto Carasa, María
Antonia Soto Carasa,
María Ángeles Soto
Carasa, Carlos Gonzalo
(marido de María Antonia
Soto) y José Ramón Soto
Carasa.*



SOBRE LA INVESTIGACIÓN PREMIADA

Adriana Goñi, tras recibir el premio, definió al Dr. Federico Soto como “la persona clave para entender la historia de la Salud Mental en Navarra” y agradeció la convocatoria de este galardón en torno al suicidio, “un tema complejo y difícil, que me consta generó en el Dr. Soto malestar y preocupación a lo largo de sus años de carrera profesional. Sensaciones que, sin duda, las sentimos todos cuando nos acercamos a este drama, ya sea por motivos laborales, de investigación o porque hemos sido víctimas cercanas”.

Explicó que el objetivo de la investigación premiada es “evaluar la efectividad de una intervención telefónica sistemática, estructurada y breve que pretende reducir la repetición de la conducta suicida, favorecer la adherencia terapéutica al sistema sanitario y contribuir a la reducción de la tasa de suicidio”.

La investigación, ya en marcha, pretende, además, comparar los

resultados de una intervención estructurada y protocolizada con la intervención habitual, “ya que puede conllevar importantes implicaciones terapéuticas y decisiones clínicas que mejoren el tratamiento actual de la conducta suicida y favorecer la continuidad asistencial entre el ámbito hospitalario y el ambulatorio, intentando que las transiciones se hagan sin rupturas”.

En este proyecto, liderado por Adriana Goñi, participan como colaboradores José Javier López-Goñi, profesor de la Universidad Pública de Navarra; Leire Azcárate, psicóloga clínica de la Red de Salud Mental de Navarra; y Rocío Palacio, enfermera especialista en Salud Mental y responsable del programa telefónico.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se propone a todos los pacientes, mayores de 18 años, atendidos en los servicios de urgencia de psiquiatría hospitalaria en Navarra por un intento de suicidio. La participación es voluntaria y se recoge mediante Consentimiento Informado.

El programa de intervención telefónica lo hace una enfermera especialista en Salud Mental, que realiza seis llamadas a lo largo de un año (a partir de la atención en urgencias), y con una cadencia estructurada. Cada llamada está protocolizada y se registran los cambios en el estado psicopatológico, la ideación o intencionalidad suicida, si ha habido repetición del intento, estresores psicosociales nuevos o persistentes, entre otros datos. “Cuando analicemos los resultados tenemos expectativas de que se derive un mejor conocimiento clínico de esta problemática tan prevalente, en una práctica clínica más individualizada y que los pacientes sean los máximos beneficiados”, concluyó Adriana Goñi.

COLEGIO DE MÉDICOS

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, RETO EN SALUD PÚBLICA

Según Adriana Goñi, “actualmente la prevención de la conducta suicida es un reto en salud pública. Los servicios de urgencias son, a menudo, el primer lugar de contacto para personas con conductas suicidas. Se trata de una urgencia de primera magnitud, por lo que estos servicios juegan un papel fundamental en la valoración, tratamiento e indicación del plan terapéutico a seguir”.

Desde una perspectiva clínica, está demostrado –explica la investigadora principal– que el periodo posterior a la atención en urgencias es de gran riesgo para la repetición del suicidio. “Intervenciones que conlleven un seguimiento al alta de urgencias mediante contactos breves telefónicos, han demostrado una reducción de reintentos posteriores (aunque según un estudio español no se mantuvo a los 5 años)”. Otras opciones como el uso de mails, tarjetas de crisis, tarjetas postales o aplicaciones de smartphone también pueden disminuir el riesgo.

Adriana Goñi considera que “la incorporación de planes individuales de seguridad, además de un seguimiento telefónico estructurado,

arrojan buenos resultados en contraposición a los llamados contratos no-suicidio que han resultado poco eficaces”.

La investigación premiada está alineada con un reto actual de la política sanitaria, la prevención del suicidio. “Los resultados contribuirán a la coordinación y la continuidad asistencial entre el ámbito hospitalario y el ambulatorio. El conocimiento clínico que se derive de los resultados se dirigirá, en primer lugar, a los pacientes como máximos beneficiados. Asimismo redundará en una práctica clínica más individualizada y con una estrategia terapéutica fácilmente extensible a toda la Comunidad de Navarra, sostenible y eficaz”, concluye Adriana Goñi.

BREVE CURRÍCULUM DE ADRIANA GOÑI

Adriana Goñi Sarriés es psicóloga clínica y, desde el año 2016, directora del Hospital de Día Psicogeriátrico de la Red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ha desarrollado su labor profesional en la Fundación Argibide (1992-1998) y, posteriormente, en la Red de Salud Mental de Navarra como psicóloga clínica en el Centro de Día Psicogeriátrico para la Atención de las Demencias (1998-2002), en los centros de Salud Mental de San Juan, Estella y Rochapea, y en el Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”. Ha sido Jefa del Servicio del Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud (2010-2015).

Adriana Goñi Sarriés es directora del Hospital de Día Psicogeriátrico de la Red de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.



El Dr.
Federico
Soto.
(Imagen
cedida por
la familia).



EN MEMORIA DE DON FEDERICO SOTO

El presidente Del Colegio de Médicos de Navarra, Dr. Rafael Teijeira, glosó la figura de Don Federico Soto Yarritu, médico neuro-psiquiatra y psicólogo, director del Hospital Psiquiátrico de Pamplona durante 42 años (desde 1934 hasta su jubilación en el año 1976). "Solo esto es motivo suficiente para ocupar un lugar privilegiado en la historia de la psiquiatría en Navarra", subrayó el Dr. Teijeira.

Pero a su currículum hay que añadir varios méritos más, como el de ser profesor de Psicología Médica y Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra y médico consultor en la Clínica Universidad de Navarra. A ello hay que sumar diferentes proyectos que impulsó y que hoy están ya consolidados, como el Instituto de Psicología Aplicada y Psicotecnia de Navarra, el centro Isterria, lo que hoy es Anfas, y Alcohólicos Anónimos, entre otros.

Federico Soto Yarritu nació en Santander, el 7 de enero de 1906. Su padre era dentista, pero él eligió el camino de la Psiquiatría. Estudió Medicina en Madrid y de allí pasó a cursar la especialidad de Neuropsiquiatría en la Casa de Salud Valdecilla, en Santander, donde se formó y trabajó con el doctor José María Aldama.

En 1934 accedió por oposición a la plaza del Hospital Psiquiátrico de Pamplona, entonces llamado Manicomio, localizado en una Chantrea, entonces, en las afueras de la ciudad. Fijó su residencia, tal como recogía el reglamento correspondiente, en el recinto del mismo hospital. Se quedó ya para siempre en Pamplona, ciudad donde ejerció su profesión hasta su fallecimiento en 1989, a pesar de haber tenido posibilidades de trabajar en otros centros. Casado con María Antonia Carasa, el matrimonio tuvo diez hijos, de los que viven ocho.

SU PROFESIONALIDAD SALTÓ LAS FRONTERAS DE NAVARRA

Cuando llegó al Manicomio, El Centro contaba con 1.300 enfermos, repartidos en distintos pabellones. Como director del centro, introdujo diferentes novedades, como la adquisición en 1954 del primer equipo de electroencefalografía, para lo que envió a Madrid a su colaborador, amigo y sucesor en la dirección del psiquiátrico, Luis Javier Lizarraga, para que aprendiera su funcionamiento. Fue así uno de los pioneros en la utilización de la electroencefalografía. En el centro también incorporó los talleres ocupacionales y la laborterapia. Su profesionalidad saltó las fronteras de Navarra y enfermos de otras provincias acudían a Pamplona a su consulta externa atraídos por su fama y por su personalidad.

Entre otros cargos, Soto Yarritu presidió la Sociedad Española de Neuropsiquiatría y la Asociación Internacional para el Análisis del Destino; fue vocal del Consejo Rector del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, así como vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Infantil y Premio Nacional de Psicología. Tradujo del alemán autores como Platner y Tournier. Pero su estudio se centró fundamentalmente en el húngaro Leopold Szondi (1893-1986), de quien fue discípulo directo, con quien mantuvo una estrecha relación y al que visitó con frecuencia

hasta el final de sus días en su casa de Zurich. Tradujo del alemán las principales obras de su admirado y gran amigo Szondi. Y, en consonancia con sus ideas, escribió *"El destino humano como problema científico"* (1953). Federico Soto Yarritu se mantuvo activo en su trabajo hasta el final, hasta el punto de que la muerte le sorprendió cuando estaba estudiando ruso para traducir a Dostoiewski, de quien le interesaba elaborar su árbol genealógico para estudiar y comprender la personalidad del escritor. Soto Yarritu impartió numerosas conferencias y participó en distintos congresos en diferentes lugares de Europa, ya que fue un profesional reconocido nacional e internacionalmente.

Finalmente, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra subrayó que "de todas sus actividades, con lo que este montañés convertido en navarro se sentía feliz era con sus enfermos, a quien nunca llamó locos" y recordó que su amigo y psicólogo José Ramón Loitegui, que fue director del servicio de formación del INAP y colaboró estrechamente con Soto en el Instituto de Psicología, le definió en su día como hombre inteligente, culto, amable, cordial, irónico, chispeante, peculiar, original, sorprendente, elegante, pulcro, intuitivo, inquieto, curioso, entre otros adjetivos.



Premios del VI Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes

María José Redín Sagredo, Laura Monteagudo Moreno y Joao Modesto Dos Santos, ganadores del primer, segundo y tercer premio. Alba Cristina Igual Rouileault, premio al mejor póster.



*Premiados y jurado.
En primera fila:
María José Redín
(primer premio), **Alba
Cristina Igual** (premio
mejor póster), **Laura
Monteagudo** (segundo
premio) y **Joao
Modesto Dos Santos**
(tercer premio). Arriba
el Jurado: los doctores
Tomás Rubio, **Coro
Miranda**, **M^a Carmen
Martínez Velasco** y
Jean Louis Clint.*

María José Redín Sagredo, residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de San Juan (Pamplona) y Hospital García Orcoyen (Estella), ha sido la ganadora del VI Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes, que organiza el Colegio de Médicos de Navarra, con un caso titulado “Doctora, ahora que me he jubilado, quiero empezar a cuidarme. Manejo holístico del riesgo cardiovascular desde Atención

Primaria”. El premio está dotado con 1.000 euros.

El segundo premio (750 euros) fue para **Laura Monteagudo Moreno**, residente de segundo año de Anestesiología y Reanimación del Complejo Hospitalario de Navarra, por su caso “Uso de Dexmedetomidina en paciente con estenosis traqueal severa, un reto anestésico”.

Joao Modesto Dos Santos, residente de tercer año de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Navarra, recibió

el tercer premio, dotado con una cuantía de 500 euros por su caso “Encefalitis por virus gripe A: revisión de la bibliografía y del sentido común en medicina. A propósito de un caso clínico”.

El premio al mejor póster lo recibió **Alba Cristina Igual Rouileault**, residente de primer año de Radiología en la Clínica Universidad de Navarra, por el caso titulado “El síndrome peri-implante, un bache previo a la curación”. Este premio está dotado con 300 euros.

52 CASOS PRESENTADOS

En esta sexta edición, se presentaron un total de 52 casos. De ellos, el Jurado seleccionó los seis mejores para su presentación oral y otros catorce para su presentación en formato póster.

El pasado 9 de mayo, los finalistas defendieron su caso y contestaron a las preguntas del Jurado formado por los doctores Jean Louis Clint (médico de familia en el Centro de Salud de Aoiz); Coro Miranda (cirujana del CHN); Tomás Rubio (médico internista del CHN y vicepresidente del Colegio de Médicos); y M^a Carmen Martínez Velasco (médico internista del Hospital García Orcoyen de Estella y vocal de Médicos en Ejercicio Libre del Colegio).

El Colegio editará próximamente un libro con los 20 casos que han llegado a la final.

En la presentación oral, seis casos optaron a los premios. Según el orden de intervención fueron:

Para su presentación en formato póster fueron seleccionados los casos de los siguientes autores principales: Ignacio Soriano Aguadero, Carlos del Pilar Berniz Laborda, Juan Manuel Zubiría Gortazar, Celia Grasa Ciria, Marta Calvo Imirizaldu, Ana Irigaray Echarri, Edurne Erice Azparrren, Joaquín de Carlos Artajo, Alba Cristina Igual Rouileault, Alejandra Tomas Velázquez, Inés Esparragosa Vázquez, Rodrigo Sánchez Bayona, Fátima de la Torre Carazo y Carolina Perdomo Zelaya.



Sesión de presentación de los casos finalistas. ▲

- 1 USO DE DEXMEDETOMIDINA EN PACIENTE CON ESTENOSIS TRAQUEAL SEVERA, UN RETO ANESTÉSICO.

Laura Monteagudo Moreno.

- 2 PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR FÁRMACO DE USO HABITUAL. TENEMOS QUE TENER CUIDADO.

Ángel Orera Pérez.

- 3 PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON ENFERMEDAD AVANZADA. ¿NO SUBSIDIARIA DE RCP?

Leyre Pérez Ricarte.

- 4 ENCEFALITIS POR VIRUS GRIPE A: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA Y DEL SENTIDO COMÚN EN MEDICINA. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Joao Modesto Dos Santos.

- 5 DOCTORA, AHORA QUE ME HE JUBILADO, QUIERO EMPEZAR A CUIDARME.

María José Redín Sagredo.

- 6 INMUNOTERAPIA EN EL TUMOR INFILTRANTE VESICAL, CUANDO MIRAR AL PASADO ES EL FUTURO.

Garazi Lopez Ubillos.

COLEGIO DE MÉDICOS

María José Redín Sagredo.

Primer premio:

Manejo holístico del riesgo cardiovascular desde Atención Primaria.

“Es importante que un caso de Atención Primaria haya suscitado el suficiente interés como para llegar aquí”



¿Esperabas el premio?

La verdad es que no. En otras ediciones del concurso han ganado casos de patologías raras, con abordajes complicados y muchas veces implicando a varios servicios hospitalarios. Los casos que vemos en Atención Primaria son todos, tanto los raros como los de andar por casa. A priori puede parecer que los casos más frecuentes y de intervención poco espectacular son menos interesantes para el conjunto de la comunidad médica.

¿Por qué elegiste este caso?

El caso es especial, tanto para mí como para mi residente y coautor, Iñigo Suescun Cervera, y nuestra tutora, Arantxa Urtasun Samper. Es un paciente que ella conoce desde hace muchos años. En el seguimiento que desarrollamos en el caso, los tres hemos tenido mucha implicación para motivarlo y apoyarlo. Y hemos consensuado, también entre los tres, el camino que íbamos a seguir con él.

Principales conclusiones.

Nuestro caso es muy frecuente: varón de unos 60 años, con varios factores de riesgo cardiovascular, sin controlar durante 10 años. La tensión, el azúcar, el colesterol, el peso... por las nubes. Esto provocaba un riesgo de infarto, ictus,

problemas de aorta... muy elevado, por lo que empezamos una intervención intensiva de reeducación desde la consulta de enfermería, descartamos problemas asociados al mal control e iniciamos varios tratamientos. Sin embargo, por circunstancias de la vida, el paciente fue fallando a las revisiones y volviendo a su estilo de vida sedentario. Al revisarle, encontramos cierta mejoría global, aún con mucho camino por recorrer, por lo que cambiamos el plan, procurando adaptarnos mejor al paciente. En vez de machacarle con lo que debía o no hacer, procuramos que acepte como suyos unos hábitos cardiosaludables.

La conclusión principal que nos surge es que, en el proceso de mejorar la salud cardiovascular, no hay caminos rápidos ni mapas generalizables. Tenemos que explicar y animar al paciente tantas veces como sean necesarias, a pesar de que sea una tarea complicada y muchas veces frustrante. La labor de acompañar es la base de la Medicina y, en concreto, de nuestra especialidad, la de Medicina Familiar y Comunitaria.

¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?

El trabajo de preparar un caso en el que hay seguimiento durante años es muy interesante. El tratar de

averiguar por qué se hizo una cosa u otra y planificar alternativas que puedan convencer al paciente, desde la experiencia pasada, es un reto que nos ayuda como clínicos.

Por otro lado, ver el trabajo que se hace en otros centros es muy enriquecedor. En medicina tenemos una cierta tendencia a centrarnos en nuestra labor diaria, pensando que lo que se hace en otro centro de salud o en el hospital no va con nosotros. Pienso que es un error y que tenemos mucho que ganar si mejoramos la interacción entre todos los ámbitos sanitarios.

¿Qué valoración haces de este VI Certamen?

Por la parte que nos toca, creo que es importante que un caso de Atención Primaria haya suscitado el suficiente interés como para llegar aquí. Visibilizar nuestra labor es algo bueno. Hay personas que todavía piensan que en el centro de salud lo único que se hace es derivar al hospital y firmar recetas, y lo cierto es que no es así. En los centros de salud solucionamos cosas y, cuando no podemos solucionarlas, ayudamos a sobrellevarlas. Estamos trabajando mucho para poner en valor los puntos fuertes que tiene el estar cerca del paciente y conocer su familia y entorno.



Entrega del primer premio a María José Redín Sagredo, residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. ▲

Laura Monteagudo Moreno

Segundo premio:
Uso de Dexmedetomidina en paciente con estenosis traqueal severa.

“El Certamen aporta la posibilidad de conocer otras especialidades médicas”

¿Esperabas el premio?

No. Al ser un concurso abierto a todos los residentes de Navarra creía que iban a resultar más visibles otros casos de especialidades más clínicas. Anestesiología y Reanimación es todavía una especialidad bastante desconocida, incluso para los propios profesionales de la medicina.

¿Por qué elegiste este caso?

Porque los anestesiólogos somos los especialistas de la vía aérea y nos supuso un reto anestésico. La paciente presentaba una vía aérea “imposible” por una patología que acude frecuentemente a urgencias y teníamos que preservar su seguridad.



Principales conclusiones.

Se trata de una paciente que ingresa en el Servicio de Cirugía General por un absceso en fosa ilíaca derecha, que requiere cirugía urgente. Tras valorar la vía aérea de la paciente (exploración física: bocio gigante y pruebas de imagen) se objetiva un alto riesgo de imposibilidad de intubación. Por ello, se decide evitar la manipulación de la vía aérea, realizando la cirugía bajo sedación con dexmedetomidina para garantizar la ventilación espontánea junto con una técnica de anestesia locoregional.

¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?

Me ha enseñado a realizar un análisis exhaustivo de la historia clínica de una paciente y una búsqueda específica bibliográfica. Además, he aprendido a redactar y resumir de forma ordenada un caso clínico y a exponerlo públicamente.

¿Qué valoración haces de este VI Certamen?

El Certamen aporta la posibilidad de conocer otras especialidades médicas a través de distintos casos clínicos y nos brinda la oportunidad de exponer frente a un foro heterogéneo. Agradezco al Colegio de Médicos que me hayan concedido el segundo puesto ya que el premio económico se puede utilizar para acudir a cursos de formación, que actualmente no están financiados.



Joao Modesto Dos Santos.

Tercer premio:
Encefalitis por virus gripe A.

“Para hacer un diagnóstico hay que tener en cuenta la probabilidad en Medicina”

¿Esperabas el premio?

La verdad es que no esperaba el premio, el listón estaba muy alto. Este año han sido menos casos seleccionados para presentación oral respecto a años anteriores y, todos ellos, con muy buena calidad científica y docente. Además, la defensa de los casos ha sido muy buena en general.

¿Por qué elegiste este caso?

Porque además de ilustrar una patología rara e interesante permitía realizar una serie de reflexiones sobre la práctica médica habitual. Creo que, como residentes, nos empeñamos en aprender mucho sobre las patologías que valoramos –no podría ser de otra manera– pero pocas veces nos paramos a reflexionar sobre la práctica clínica como tal. No obstante, las pautas que adquirimos como residentes son las que van a marcar la atención médica que demos en un futuro y por eso necesitan, también, de cierta dedicación y reflexión.

Principales conclusiones.

El caso que he presentado habla de un varón que desarrolla una complicación rara de un proceso banal: una encefalitis aguda por el virus de la gripe. Me ha servido para entender varios puntos. Por ejemplo, que al valorar un paciente, aunque hay una infinidad de diagnósticos posibles, es fundamental una “priorización”: hay que escoger, y hay



que hacerlo según unas pautas. En la presentación proponía que para hacer un diagnóstico hay que tener en cuenta la probabilidad en Medicina (la frecuencia de esa patología en general) pero también el concepto de que una manifestación infrecuente de una patología muy común es más frecuente que una enfermedad rara. Siendo un “internista” en formación es difícil no pensar en todo tipo de patologías, incluso las más raras, pero hay que hacerlo con criterio. También insistía en la necesidad de tener ese “criterio” a la hora de solicitar pruebas diagnósticas ya que no basta con pedir las, hay que saber qué les estamos pidiendo: qué sensibilidad o especificidad tiene, por qué la pido, posibilidad de que cambie el planteamiento diagnóstico o terapéutico del paciente... Y, finalmente, la necesidad de ser “proporcional” en el tratamiento: es igual de virtuoso saber ahorrar en un tratamiento que ser más agresivo terapéuticamente en ciertas situaciones que lo requieran.

¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?

Tener que plantear un caso clínico para que aporte algo a nivel científico y docente a una audiencia

implica un trabajo que va más allá de revisar una determinada bibliografía concreta. Poder hacer este ejercicio en un entorno “controlado” como el Certamen de Casos Clínicos de nuestro Colegio de Médicos de Navarra es una oportunidad para entrenarse para entornos un poco más amplios. Por otro lado, además de tener la oportunidad de entrenarme en comunicaciones orales y la defensa de opiniones ante preguntas de un jurado, creo que el hecho de competir en un entorno profesional y sano te hace buscar lo mejor de ti mismo. Finalmente, poder contar con una publicación científica es algo importante a nivel curricular.

¿Qué valoración haces de este VI Certamen?

Absolutamente excelente. Creo que el Colegio de Médicos de Navarra se merece un agradecimiento importante por parte de los residentes. No hay que olvidar que este Certamen es un esfuerzo económico, pero también cuenta con una carga de trabajo para todos los que lo organizan. Por ello, un agradecimiento especial al jurado que se ha tenido que leer y revisar más de 50 casos clínicos, con todo lo que eso supone.

Alba Igual Rouilleault.

Premio al mejor póster:
El síndrome peri-implante.

¿Esperabas el premio?

Consideraba que el caso era interesante y que podía resultar formativo para el resto de los participantes, pero creí que la falta de experiencia podía penalizarme. Mi reto personal cuando decidí participar fue considerarlo como una forma de entrenamiento y de aprendizaje, sin tener en mente el premio.

¿Por qué elegiste este caso?

Es de un paciente que se complicó durante un día que estaba yo de guardia y me gustó formar parte, junto con compañeros de otras especialidades, del equipo que llevó a cabo el diagnóstico y el manejo del paciente. Además, se trata de una patología poco frecuente que considero que debe tenerse en cuenta y que, por tanto, resultaría de interés para otros compañeros.

Principales conclusiones.

El síndrome peri-implante es una complicación poco frecuente, asociada al trasplante de progenitores hematopoyéticos, generalmente coincidiendo con la salida de aplasia. Se trata de una entidad de probable origen inmunológico, que origina lesión titular tanto a nivel local como sistémico, originando la brusca aparición de un gran abanico de manifestaciones clínicas. El abordaje multidisciplinar de estos pacientes resulta imprescindible para poder conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz.

Las principales conclusiones a tener en cuenta son las siguientes: se define como un síndrome multifactorial de autoagresión; en su fisiopatología destaca el papel de citoquinas proinflamatorias liberadas en el momento de la recuperación neutrófila; como factores de riesgo



es importante destacar el acondicionamiento tipo mieloablativo y los trasplantes autólogos; y se trata de una entidad con buen pronóstico y rápida respuesta, tanto clínica como radiológica, tras adecuado tratamiento inmunosupresor.

¿En qué te ayuda esta experiencia en tu formación?

Uno de los principales puntos positivos que ha tenido participar en este Certamen, es la oportunidad de poder perfeccionar la forma de escoger, estudiar, preparar y presentar un caso, tanto a nivel escrito como oral. Además, nos permite compartir

experiencias y conocimientos con miembros de otros centros de trabajo, favoreciendo un crecimiento personal y profesional.

¿Qué valoración haces de este VI Certamen?

Considero muy positiva la participación en este Certamen, y me parece que es una forma de motivar a los residentes a implicarse en otras tareas distintas al ejercicio clínico diario. Además, resulta interesante tanto para los participantes como para los oyentes dado el interés de los casos escogidos y la forma de desarrollar y presentarlos.



Algunos de los finalistas del certamen.

COLEGIO DE MÉDICOS

Foro de reflexión y debate profesional sobre las reformas necesarias en Atención Primaria

El Dr. Jordi Varela, colaborador docente de ESADE, dinamizó los grupos de discusión en torno a cuatro ejes principales.

Determinantes sociales y salud comunitaria, equipos de cabecera, segmentación de la población para ajustar y aumentar la oferta de servicios, y pacientes con necesidades sociales y sanitarias complejas fueron los cuatro ejes de análisis y discusión en el Foro de reflexión y debate profesional sobre las reformas necesarias en Atención Primaria, organizado por el Colegio de Médicos de Navarra, el pasado 22 de mayo.



Jordi Varela, Rafael Teijeira y Alberto Lafuente, en la presentación del Seminario.

El seminario con el título “Por una Atención Primaria más valiosa (value-based healthcare)” fue impartido por el Dr. Jordi Varela, médico de familia de la primera generación, colaborador docente de ESADE, editor del blog “Avances en Gestión Clínica” y presidente de la Sección de Gestión Clínica de la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria. El Dr. Varela ha sido, además, director gerente de tres hospitales: Puigcerdà, Mar y Sant Pau de Barcelona durante 18 años.

Contó con la participación de médicos jóvenes (con un máximo de 10 años de experiencia en Atención Primaria) y un panel de sabios (con

una amplia y reconocida trayectoria), moderados por los doctores Alberto Lafuente y Susana Miranda, vicepresidente y vicesecretaria del Colegio de Médicos de Navarra.

El seminario cumplió con el objetivo de generar dinámicas de debate profesional sereno sobre las reformas necesarias en Atención Primaria, los retos que los grupos más dinámicos a nivel internacional están aportando y su idoneidad para su aplicación en el entorno navarro.

El Dr. Varela propuso como base de la discusión el documento del Royal College of General Practitioners titulado “A visión for General

Practice in the future NHS”, en el que se destacan algunos datos muy favorables a la potenciación de la medicina familiar, especialmente en relación con la reducción de la mortalidad poblacional.

También se discutió la ley de la asistencia sanitaria inversa publicada en *The Lancet* por Julian Tudor Hart en 1971, las esencias de la Declaración de Alma-Ata de 1978 y la revisión “*Innovative models of general practice*” (2018) de King’s Fund, donde se relacionan las iniciativas innovadoras que están teniendo mejores resultados en la Atención Primaria de varios países.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1/ Determinantes sociales y salud comunitaria.

Se detectan varias iniciativas de implantación y desarrollo de salud comunitaria, como la estrategia de envejecimiento activo, las redes de atención a la infancia, el estudio de nutrición infantil, los programas de prevención de caídas en personas frágiles y varios proyectos que tienen por objetivo reducir la demanda innecesaria.

A pesar de ello, se admite que la realidad es tremendamente variada, que hay profesionales que actúan de manera reactiva mientras que otros emprenden acciones comunitarias con poca base científica. Hay equipos de Atención Primaria muy implicados con su comunidad al lado de otros muy alejados. En general, se observa escasa penetración en las actividades de salud comunitaria con grupos poblacionales marginales.

2/ Equipos de cabecera.

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea lleva más de diez años implantando un plan de mejora de la Atención Primaria, que fomenta el trabajo en equipo y define las competencias de los administrativos para que den más apoyo a los clínicos y sean más proactivos en la selección de los motivos de demanda.

A pesar de los esfuerzos realizados, se detectan múltiples problemas en el despliegue territorial de la modernización, muchos de ellos causados por la escasa definición de competencias de los administrativos y de las deficiencias en el proceso de selección.

La gestión por Enfermería de la demanda y las sesiones clínicas son iniciativas que aportan mucho valor, pero que no se han desplegado de manera regular por el territorio.

PROPUESTAS:

1. De los programas de salud comunitaria que, según las revisiones Cochrane, han demostrado evidencia en sus resultados, elegir los más apropiados y definirlos como de aplicación transversal en todos los equipos de Atención Primaria.
2. Adoptar el modelo de activos para la salud¹ y fomentar la formación de los profesionales de los equipos de Atención Primaria en dicho modelo.



Seminario "Por una Atención Primaria más valiosa (value-based healthcare)" con Jordi Varela. ▼

PROPUESTAS:

1. Realizar un diagnóstico del grado de desarrollo del plan de mejora, ver las causas de las deficiencias y proponer estrategias para lograr su plena implantación en todos los rincones de la Atención Primaria.
2. Estudiar las características de la "Nueva Gestión Pública" propuesta por Víctor Lapuente² para generar marcos de mayor autonomía de gestión en los equipos

de Atención Primaria, que les permitan defender sus proyectos, seleccionar a los profesionales más adecuados para ello y rendir cuentas en base a resultados de eficiencia, pero también de efectividad y de implicación de los pacientes.

3. Promover la agrupación de Unidades Básicas de Atención (UBA) con el fin de generar equipos de cabecera con una masa crítica mayor de médicos y enfermeras.

COLEGIO DE MÉDICOS

3/ Segmentación de la población para ajustar y aumentar la oferta de servicios.

El Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha segmentado la población en base al agrupador GMA y ahora los equipos de Atención Primaria disponen de una información de su población de referencia que les permite ajustar por riesgo y complejidad, pero no ha trascendido en una reordenación del modelo organizativo. Solo a veces, en caso de exigencias de atención inmediata por parte de algunos ciudadanos, se activa una agenda específica de las enfermeras.

La coordinación con los especialistas de hospital es muy desigual y, en muchas ocasiones, se ciñe a las relaciones personales. La oferta de servicios complementarios tiene una implantación irregular.

PROPUESTAS:

1. Detectar cuales son los procesos clínicos más frecuentes como EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes, insuficiencia renal, depresión o poliartritis; y elaborar trayectorias clínicas conjuntas entre el ámbito hospitalario y Atención Primaria y, cuando sea factible, transformarlas en cadenas de valor para cambiar los modelos organizativos con un sentido transversal, que reduzca la tradicional fragmentación de la atención sanitaria.
2. Ajustar una oferta de servicios diferenciados para el segmento de la población sana y para el segmento de la población de riesgo o con morbilidades crónicas en fase de complejidad inicial o intermedia.
3. Mejorar la coordinación clínica de la Atención Primaria con las otras redes que actúan en el territorio: salud mental, adicciones, salud sexual y reproductiva, pediatría y urgencias.

4. Aumentar los servicios que se ofrecen desde Atención Primaria (psicología, farmacéutico, salud buco-dental, podología, rehabilitación y nutricionista), prestando especial atención a que no conlleven un aumento de la fragmentación sino que dichos servicios se integren en el modelo general.



En los grupos de reflexión se combinó la presencia de médicos jóvenes y profesionales con una dilatada experiencia en Atención Primaria



4/ Pacientes con necesidades sociales y sanitarias complejas.

Para este grupo poblacional de mayor complejidad se detecta mucha fragmentación en la orientación terapéutica y en las pruebas diagnósticas, especialmente cuando acuden a las consultas de varios especialistas, a urgencias hospitalarias o ingresan en una planta de hospitalización. También se perciben grandes dificultades para trabajar coordinadamente con los servicios sociales y los equipos operativos de zona. Por el contrario, existe mayor satisfacción con los servicios de Atención Paliativa Comunitaria, que dan una cobertura de calidad, incluyendo la continuidad.

*El Dr. Varela ▲
presentó los retos
que los grupos más
dinámicos a nivel
internacional están
aportando.*

PROPUESTAS:

1. Fomentar la formación de los equipo de Atención Primaria en evaluación integral y planes terapéuticos individualizados, elaborados de manera conjunta entre servicios sociales y servicios sanitarios (Chronic Care Model).
2. Disponer de cierta capacidad económica para ofrecer más servicios comunitarios a los pacientes que lo requieran.

Bibliografía

[1] Cofino R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgang A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Informe SESPAS 2016. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016; 30 (S1): 93-8.

[2] Lapuente V. *El retorno de los chamanes.* Ed. Península 2015.

**LA REFORMA DE
LA REFORMA**

El Colegio de Médicos estima necesario y urgente trabajar en el marco de la nueva gestión pública que facilite y mejore la autogestión, la motivación de los profesionales y la mayor satisfacción de los pacientes.

El planeamiento de este seminario se enmarca en la apuesta del Colegio de Médicos de Navarra por generar dinámicas de debate profesional sereno entre los médicos, principalmente entre los más jóvenes, sobre las reformas necesarias en la sanidad navarra, que sitúen al paciente en el centro del sistema.

I FORO MEDENA

“Sanidad, Ciudadanía y Medicina”

Una propuesta para el debate abierto y participativo del Colegio de Médicos de Navarra sobre el futuro del Servicio Navarro de Salud y del Sistema Nacional de Salud.

El Colegio de Médicos de Navarra pondrá en marcha durante el último trimestre del 2019 el Foro Medina “Sanidad, Medicina y Ciudadanía”, un espacio abierto, ético, plural y participativo cuya finalidad es contribuir en la mejora continua del sistema de salud, siempre desde el análisis integral, la reflexión sosegada y la crítica constructiva.

El I Foro Medina se configura en una serie de Mesas de Debate con el objetivo de analizar la historia y trayectoria del Sistema Nacional de Salud, reflexionar sobre los nuevos retos de gestión de los sistemas de Salud a medio y largo plazo; y revisar, evaluar y proponer una nueva Ley Foral de Sanidad.

Este Foro propondrá, además, analizar la posibilidad y viabilidad de constituir un Comité Plural que consensue y presente propuestas de renovación y mejora del Servicio Navarro de Salud, desde el punto de vista organizativo y prestacional.

En estos momentos, el Colegio de Médicos ultima el programa y la participación de destacados expertos en cada una de las mesas de debate propuestas, actividades que después del verano se anunciarán a los colegiados y a toda la sociedad.



Vídeos de educación y prevención sanitaria del **Colegio de Médicos**, en colaboración con sociedades científicas

Dar consejo sanitario, mejorar la salud y el bienestar de la población, y ofrecer información fiable y acreditada, es el objetivo de la campaña audiovisual "Píldoras para la Salud" diseñada por el Colegio de Médicos de Navarra,

en colaboración con sociedades científicas de Navarra.

La campaña de video-entrevistas (de entre tres y cinco minutos de duración), tienen como protagonistas a profesionales de Atención Primaria y Especializada

de Navarra que contestan preguntas sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes entre la población y aclaran las dudas que con mayor frecuencia plantean los pacientes en sus consultas médicas.



#píldorasparalasalud:
CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Enlace a píldora:

<https://colegiodemedicos.es/portfolio/cirugia-pediatrica/>



Dra. Ada Molina Caballero.

Cirujana pediátrica del Complejo Hospitalario de Navarra. Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos (SOPEQUIN-Navarra)

Una intervención quirúrgica en menores ¿tiene más riesgo?

Tras el alta ¿qué problemas deben preocuparnos durante los primeros días?

"Para reducir los riesgos, los niños deben ser intervenidos por cirujanos pediátricos"

La Dra. Ada Molina Caballero habla en el vídeo de las intervenciones quirúrgicas en niños y si conllevan más riesgos que las que se realizan a personas adultas.

Lo primero que deja claro es que "todo procedimiento quirúrgico siempre conlleva unos riesgos para el paciente, aunque también es verdad que este tipo de riesgo suele ser muy bajo en niños, sobre todo cuando están sanos y no tienen factores de riesgo asociados. Este bajo riesgo está muy relacionado con los profesionales que participan en la intervención y con los medios disponibles". Es por ello que ser intervenido por un especialista en cirugía infantil es importante.

Un niño va a correr pocos riesgos, y estos van a estar muy controlados,

cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Si la intervención quirúrgica la realizan especialistas en cirugía pediátrica.
- Si la anestesia general la asume un anestesta con dedicación exclusiva a niños.
- Si contamos con personal de enfermería formado en Pediatría.
- Si disponemos de material y aparataje quirúrgico infantil, de un tamaño adecuado y que no esté obsoleto.
- Si disponemos de un Área de Hospitalización Pediátrica y una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Por todo ello, "padres y profesionales sanitarios tienen que exigir que se cumplan todos estos condicionantes. Esta debe ser su principal preocupación cuando firman el consentimiento informado".

Ya en el domicilio ¿qué debe preocuparnos?

La Dra. Molina explica también qué deben hacer los padres de un niño intervenido quirúrgicamente cuando ha recibido el alta y ya se encuentra en su domicilio.



“Una vez recibida el alta hospitalaria, el niño va a su casa con analgésicos pautados por su médico. Es muy importante que los padres administren los analgésicos de forma reglada, cada pocas horas, y no esperar a que el niño tenga dolor. Para ayudar a reducir el dolor, es necesario mantener al niño tranquilo, en reposo, pero tampoco conviene limitar totalmente su actividad física. Los niños solo van a estar quietos los tres primeros días, que es cuando les van a tirar los puntos, luego empezarán a moverse”.

La Dra. Molina asegura que “los padres no se tienen que preocupar cuando el niño comienza a moverse porque los puntos no saltan, como se suele creer. Lo que sí hay que evitar es que los niños realicen actividades que tengan riesgo de golpearse directamente la herida (columpios, bicicleta o deportes de contacto)”.

Cuidados de la herida quirúrgica

Los padres normalmente no tienen que mantener cuidados especiales en la herida de la intervención quirúrgica. “En la cirugía pediátrica las heridas quirúrgicas están cubiertas de un pegamento especial que las protege e impermeabiliza”.

La Dra. Molina advierte que es normal que la zona de la intervención se inflame un poco, sobre todo los primeros días, pero es una inflamación leve que va desapareciendo, y no significa que la herida se haya infectado. Al respecto, asegura que “en intervenciones limpias, la cirugía pediátrica tiene una de las tasas más bajas de infección del hospital, así que es excepcional que se infecte una herida de este tipo. En intervenciones sucias, como es el caso de la apendicitis aguda, sí se pueden infectar las heridas, pero en estos casos la inflamación de la herida, el dolor local, enrojecimiento de la zona, fiebre, nos puede indicar que hay un problema y

en estos casos los padres deben llevar al niño al centro de salud o a urgencias”.

Tras la cirugía, normalmente a la semana de la intervención, el niño vuelve a consulta, se revisa la cicatriz y el médico da consejos sobre el cuidado de la cicatriz y sobre la reincorporación a su actividad física normal, que generalmente es más precoz y menos complicada que en el adulto.



#píldorasparalasalud: CORTICOIDES

Enlace a píldora:

<https://colegiodemedicos.es/portfolio/corticoides/>



Dra. Marisa Abinzano Guillén.

Jefa de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen de Estella.
Sociedad de Medicina Interna de Aragón-Navarra-Rioja y País Vasco.

Corticoides ¿Son buenos? ¿Cuáles son sus efectos secundarios?

¿Qué debo saber si estoy, o voy a estar, en tratamiento?

¿Son seguros en niños y embarazadas?

El tratamiento con corticoides tiene muy mala prensa entre la población. La Dra. Marisa Abinzano asegura, en este vídeo, que esto es así porque “se conocen más sus efectos secundarios que sus beneficios”.

Recuerda que son fármacos que se prescriben para reducir la inflamación y regular el sistema inmunitario, y que se utilizan en todos los campos de la medicina (desde Pediatría hasta la edad avanzada) para tratar distintas patologías como la laringitis, una crisis asmática, y en enfermedades más prolongadas como la reumática (lupus) o en esclerosis múltiple. Se emplean en dosis muy bajas para cremas y colirios, y en dosis más altas por vía oral para enfermedades reumáticas, e incluso en dosis muy elevadas en lo que se denominan “pulsos intravenosos” para tratar enfermedades autoinmunes o acompañando a la terapia del cáncer.

“Se conocen más sus efectos secundarios que sus beneficios”

Los principales efectos secundarios del tratamiento con corticoides, que aparecen más frecuentemente en las medicaciones prolongadas en el tiempo son: debilitamiento de los huesos, de la piel, la predisposición a determinadas infecciones, subida de azúcar y de la tensión arterial, e incluso, si se produce una interrupción brusca del tratamiento, puede provocar debilidad y malestar.



Para evitar estos efectos y maximizar los positivos, la especialista subraya que es fundamental "seguir estrictamente las indicaciones del médico, tanto de la dosis como del tiempo que tiene que durar el tratamiento. No son fármacos para automedicarse. Siguiendo estas recomendaciones, podremos descubrir su mejor cara".

También explica cómo tiene que ser el tratamiento con corticoides cuando se trata de niños y embarazadas. "En el caso de niños, se recomienda su utilización en tratamientos muy cortos. En las embarazadas, también en situaciones muy concretas y con tratamientos muy cortos. Hay mujeres con enfermedades crónicas antes del embarazo que deben continuar con el tratamiento, siempre bajo la indicación de su médico".



#pildorasparalasalud:
VACUNAS EN ADULTOS

Enlace a píldora:

[https://colegiodemedicos.es/
portfolio/vacunas-en-el-adulto](https://colegiodemedicos.es/portfolio/vacunas-en-el-adulto)



Dr. Manuel Mozota Núñez.

Médico de Familia y presidente de SEMG Navarra (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia).

¿Qué vacunas me aconseja?

¿Son seguras?

Me vacuné de la gripe y tuve catarro.

Las vacunas siempre se han relacionado con la población infantil. Sin embargo, tal y como explica en el vídeo el Dr. Manuel Mozota, los adultos también se deben vacunar para prevenir enfermedades. Recomienda la vacunación sistémica de todos los adultos mayores de 60 años con la vacuna antigripal, antineumocócica, antidiftérica, antitetánica y antitosferina.

***“Las vacunas
no son solo
para niños,
los adultos
también
se deben
vacunar”***

La más conocida, la vacuna de la gripe, está indicada sobre todo para pacientes que tienen factores de riesgo, "y la vacuna no solo es para prevenir la enfermedad sino también las complicaciones que conlleva este virus. Estamos hablando de pacientes inmunodeprimidos y de pacientes de edad avanzada", explica el Dr. Mozota.

Entre la población, es muy frecuente escuchar frases como "me puse la vacuna contra la gripe y seguido me cogí un catarro o una gripe". Según el Dr. Mozota, estas afirmaciones son totalmente falsas, "la vacuna de la gripe contiene virus inactivados, muertos, por ello nunca pueden producir una gripe".

Sobre la seguridad de las vacunas, subraya que "es absoluta, otra cosa son los efectos secundarios que pueden producir, sobre todo a nivel local, como por ejemplo inflamación de la zona, fiebre, etc. Estos efectos secundarios son mínimos y duran muy poco".

Los beneficios de las vacunas, tanto en niños como en adultos, son mucho más elevados que los riesgos que pueden conllevar, que se refieren a los efectos secundarios y que son mínimos.



La campaña "Píldoras para la Salud" se puede visualizar en el portal web del Colegio de Médicos

[https://colegiodemedicos.es/
pildoras-para-la-salud/](https://colegiodemedicos.es/pildoras-para-la-salud/)

También en sus redes sociales

Twitter:

@MedenaColegio con el hastag
#pildorasparalasalud

Facebook:

[https://www.facebook.com/
medicosdenavarra/](https://www.facebook.com/medicosdenavarra/)

LinkedIn:

www.linkedin.com/in/medena



EL CORO DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN ARTÁIZ

Un nutrido grupo de médicos y vecinos de la localidad navarra de Artáiz acompañaron al coro del Colegio de Médicos de Navarra en su actuación el pasado 8 de junio en la iglesia Parroquial de San Martín de Artáiz.

La actividad organizada por la Asociación Grupo Valle de Izagaondo y la vocalía de Jubilados del Colegio de Médicos de Navarra comenzó con una visita guiada a la pintura mural de Artáiz, considerada entre las más antiguas realizaciones de la pintura mural navarra.

El coro del Colegio de Médicos comenzó su actuación con el Sicut Cervus (Pastrana) y siguió con: Coral Cantata 140 (Bach), Tebe Poem (Bortniansky), Sancta María (Gounod), Canción de Paz (Sibelius), An Irish Blessing (Moore), Gariraia (anónimo japonés) y el Agur Jaunak (arm. Aldave).

SAN MARTÍN DE ARTÁIZ

La parroquia de San Martín de Artáiz es uno de los conjuntos artísticos más relevantes del románico rural navarro.

Esta iglesia fue iniciada en el siglo XII como revela la sencillez de su construcción de una única nave. En época gótica, se vio enriquecida con un conjunto de pinturas murales, conservadas hoy en el museo de Navarra.



EN EL IX ENCUESTRO DE COROS DE COLEGIOS DE MÉDICOS DE ESPAÑA

El Coro de Navarra participó en el IX Encuentro de Coros de Colegios de Médicos que reunió, el pasado 1 y 2 de junio en Zaragoza, a cinco agrupaciones corales que representan a los Colegios de Médicos de Navarra, Zaragoza, Las Palmas, Valencia y Madrid.

El Encuentro de los coros se celebró en el Auditorio del Colegio Mayor Virgen del Carmen.

Allí, el coro de Navarra, dirigido por la doctora Mirian Mendive, interpretó Pie Jesu (V.C. Johnson), Amarraditos (P. Belisario Pérez, arm. E. Correa), Locuras (S.

Rodríguez, arm. L. Cangiano), Basoilarrak (Aita Donostia) y Jeiki Jeiki/Txorittua nurat hua (Aita Donostia).

El domingo se cerró el Encuentro con una solemne misa en la Iglesia de San Pablo, donde los coros participantes unieron sus voces en oración.

Bienvenida a los nuevos MIR en el Colegio de Médicos de Navarra

124

médicos comienzan su formación en Navarra

El Colegio de Médicos de Navarra recibe a los nuevos MIR del 2019 y les anima a hacer uso de los servicios colegiales.



*Los nuevos MIR en la ▲
sede colegial.*



Los 124 médicos y médicas que han comenzado este año su formación en Navarra se han incorporado a la Vocalía de Médicos en Formación, que está compuesta en la actualidad por un total de 551 profesionales y que representa el 14,48 % de la colegiación en Navarra. La feminización de la profesión continúa siendo evidente entre las nuevas generaciones, ya que las mujeres representan el 63,4% de los nuevos MIR.

En el acto de bienvenida, celebrado el pasado 13 de junio, la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra explicó a los jóvenes médicos los servicios que el Colegio ofrece para la formación médica continuada, asesorías, actividades socioculturales, idiomas, cooperación, registro de méritos profesionales, comunicación, asistencia jurídica frente a agresiones, etc.

Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos, recalcó que la prevención, promoción y protección de la salud del MIR está contemplada en dos programas de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC), entidad que representa la acción solidaria de todo el colectivo médico a nivel estatal: El Programa la Salud del MIR que organiza talleres presenciales dirigidos a MIR y tutores para



COLEGIO DE MÉDICOS

LA FIGURA DEL TUTOR

El vocal de Médicos Tutores, Carlos Beaumont, explicó las funciones del tutor que, de manera voluntaria, se implican plenamente con su residente, "a veces, sin recursos, sin reconocimiento ni incentivos" y entre las que destacó planificar, supervisar, gestionar y evaluar todo el proceso de formación; favorecer el auto-aprendizaje, la asunción progresiva de responsabilidad, y su capacidad investigadora; y ser el referente, interlocutor y garante de los derechos del residente y hacer cumplir al residente sus deberes y obligaciones.

Lamentó que en Navarra no se haya desarrollado el Real Decreto 183/2008 que regula la figura de los tutores MIR, tal y como lo han hecho otras comunidades como Castilla y León, Cataluña, La Rioja, Extremadura, País Vasco, Canarias, Andalucía y Castilla la Mancha.

Concluyó asegurando que "aunque el tutor tiene una importancia capital en la formación MIR, el verdadero protagonista de su formación es el residente".

***María Sagaseta ▲
de Ilurdoz, Susana
Miranda, Carlos
Beaumont, Rafael
Teijeira y Julio Duart,
en la presentación
de los servicios del
Colegio.***

***Acto de bienvenida
a los nuevos MIR. En
primera fila miembros
de la Junta Directiva
colegial. ▼***

entrenar habilidades personales, de comunicación y manejo del estrés; y el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) con el fin de ayudar a los médicos con enfermedad psiquiátrica y/o adicción que pueda interferir en su actividad profesional. Con la premisa de la más absoluta confidencialidad se lleva a cabo un tratamiento integral por los profesionales más cualificados, todos ellos gestionados desde el Colegio.

El presidente del Colegio animó a los jóvenes médicos a ser solidarios con la profesión formando parte de la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial, que ha concedido durante el año 2018 más de doce millones de euros en ayudas educativas y asistenciales, principalmente.



La Atención Primaria como eje del sistema público de salud

El Colegio de Médicos celebró el **Día de la Atención Primaria** con una mesa redonda, una píldora para la salud y la presentación del **Decálogo del Foro de Atención Primaria de Navarra 2019**

Con motivo de la celebración del Día Nacional de la Atención Primaria, el pasado 11 de abril, el Colegio de Médicos de Navarra organizó una mesa redonda con el Dr. Juan Simó y lanzó la píldora para la salud sobre Médicos de familia: especialistas en personas. El Foro de Atención Primaria de Navarra presentó, asimismo, su Decálogo 2019.



Juan Simó y Susana Miranda, en la mesa redonda celebrada en el Colegio de Médicos.

Dr. Juan Simó:

“Progresivamente hemos llegado a ser poco más que los médicos de los pobres”

“La Atención Primaria no es utilizada por aquellos sectores con mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder público. Los médicos de familia de los centros de salud deberíamos darnos cuenta de que progresivamente hemos llegado a ser poco más que los médicos de los pobres. Por ello, ahora más que nunca, hemos de defender la Atención Primaria, porque un ataque a ella es un ataque directo a la salud de los más desfavorecidos”, así lo afirmó el Dr. Juan Simó, médico de familia del Centro de Salud de Rochapea, que participó en la mesa redonda sobre la Atención Primaria como eje del sistema público de salud, moderada por la Dra. Susana Miranda, vicesecretaria del Colegio de Médicos de Navarra.

El Dr. Simó comenzó su exposición con una frase del economista de la salud Vicente Ortun: “hay que hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente”.

Pues bien, afirmó, “a nuestra Atención Primaria le ha faltado precisamente eso, nadie ha hecho prácticamente nada en las últimas dos décadas para que individualmente sea más atractiva”. Añadió que “la Atención Primaria son los cimientos del sistema”.

En alusión a la celebración del Día de la Atención Primaria (este año con el lema “Pasión por la Primaria”), el Dr. Simó resaltó que su crítica situación despierta “más compasión que pasión”, y en su opinión, el causante de esta situación es el “crónico deterioro institucional”.

Añadió que “la Atención Primaria flota a la deriva, cada vez más débil y solo valorada por quienes la utilizan y quienes trabajan en ella. Es, desde 2009, la única parte del sistema que no ha visto incrementado su número de profesionales sanitarios. Lo mismo ocurre con el gasto”.



#píldorasparalasalud:

MÉDICOS DE FAMILIA, ESPECIALISTAS EN PERSONAS

Píldora para la Salud:

La Dra. Patricia Alfonso, presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC), protagonizó la píldora para la salud #píldorasparalasalud que el Colegio de Médicos lanzó con motivo de la celebración del Día de la Atención Primaria.

En el vídeo, la Dra. Alfonso contesta a las siguientes preguntas:

- **¿Qué es un médico/a de Atención Primaria y qué hacemos por nuestros pacientes?**
- **Como pacientes ¿Qué podemos hacer para mejorar nuestra salud?**
- **¿Cuándo no es necesario ir al médico?**

Enlace a píldora:

<https://colegiodemedicos.es/portfolio/medicos-de-familia-con-la-doctora-patricia-alfonso-landa-pildoras-para-la-salud/>



Dra. Patricia Alfonso, presidenta de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria (namFYC).

La Dra. Patricia Alfonso habla en esta píldora de los médicos especialistas en Medicina de Familia, que trabajan en los centros de salud, y que son los profesionales que acompañan a las personas prácticamente durante toda su vida, excepto en la edad infantil. "Somos especialistas en personas, no solo nos interesa el motivo de su consulta, también su situación laboral, personal, emocional. Somos los médicos que estamos más cerca de los pacientes y ellos confían en nosotros. No hay enfermedades hay enfermos".

Patricia Alfonso explica que "cada uno de nosotros somos responsables de nuestra salud, no solo el Sistema Sanitario –que también–. Cada día las personas tenemos la opción de elegir hábitos de vida saludables: dieta equilibrada, hacer ejercicio, no fumar, no beber alcohol, utilizar fotoprotector, etc... Optar por buenos hábitos de vida es nuestra responsabilidad".

Procesos autolimitados

La Dra. Alfonso también se refiere en esta entrevista a los procesos de enfermar que los profesionales llaman "autolimitados". Son aquellos cuadros que por sí solos se van a resolver en un corto espacio de tiempo, con "hidratación, reposo relativo y, si hiciera falta, algún analgésico".

Es decir, "se curan con un poco de paciencia y sentido común. Tal es el caso de los catarros, gastroenteritis, golpes, picotazos... En todos estos cuadros, si se acude al médico al inicio del proceso, el sistema sanitario va aportar muy poco y, en ocasiones, lo único que se consigue es tratar estos procesos de forma innecesaria. Así

que hay que esperar un poco, y si en dos o tres días no hay mejoría o se produce un empeoramiento, entonces sí que hay que acudir a nuestro médico".



“No estamos locos, sabemos lo que queremos”

En el marco de la celebración del Día Nacional de la Atención Primaria, el Foro Médico de Atención Primaria de Navarra, ante la falta de acciones por parte del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea para atender los retos que la Atención Primaria debe afrontar como eje del sistema sanitario, elaboró el siguiente decálogo con el título “No estamos locos, sabemos lo que queremos”.

Decálogo del Foro de Atención Primaria de Navarra 2019

1. Tiempos adecuados de consulta, gestionados por el profesional, según las necesidades del paciente y de la comunidad para una asistencia de calidad.
2. Potenciar la orientación adecuada del paciente al profesional más idóneo.
3. Pediatra como referente para la salud infanto-juvenil.
4. Entorno profesional y laboral atractivo y medidas correctoras adecuadas en periodos de sobrecarga laboral.
5. Destinar el 25% del presupuesto foral sanitario para Atención Primaria.
6. La formación en Atención Primaria debe empezar en la Universidad y continuar en la especialización con el reconocimiento adecuado de los tutores.
7. Compromiso con la formación continuada en horario laboral y promoción de la investigación.
8. Remuneración acorde a la formación y a la responsabilidad profesional.
9. Actualización de los programas informáticos y adaptación a las nuevas tecnologías.
10. Renovación del actual modelo de Atención Primaria con el liderazgo de los Médicos de Familia y Pediatras en la toma de decisiones relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios.

Firman el Decálogo:



SEMERGEN



namFYC



Sindicato
Médico de
Navarra



Vocalía de
Medicina
Extrahospitalaria



Vocalía de
Medicina
Rural



SEMG
Navarra



ANPE

El Grupo de Médicos Horticultores del Colegio de Médicos de Navarra se consolida

Éxito de participación y mucho interés entre los asistentes en la primera actividad organizada por el Grupo de Médicos Horticultores sobre "El tomate, preparación del terreno, variedades, principales plagas y sus tratamientos", impartida por el ingeniero agrónomo José Miguel del Amo Villarías, el 15 de mayo en la sede colegial.

La Vocalía de Médicos Jubilados organizó esta actividad con el fin de reunir a médicos, jubilados o en activo, que sean aficionados a la jardinería y la horticultura, intercambiar experiencias, conseguir información de expertos en la materia y, en general, relacionarse a través de esta afición común.



▼ Médicos interesados en la horticultura.

José Miguel del Amo y ▲ Juanjo Unzué, vocal de Médicos Jubilados.



El Grupo de Horticultura volvió a reunirse, en la sede colegial, el pasado 17 de junio, para compartir una sesión sobre compostaje doméstico con Beatriz Yaben Oyarzun, técnica de Medio Ambiente de la Mancomunidad de la Comarca de Pamplona.

Después del verano, retomará la actividad con más reuniones periódicas, que contarán con la participación de un experto invitado que dirigirá la sesión, en base a un tema concreto, con el fin de promover la discusión e intercambio de experiencias. También se organizarán visitas a explotaciones, invernaderos, etc.

DÍA MUNDIAL SIN TABACO

Propuesta educativa contra el tabaquismo

La edad de inicio del consumo de tabaco en Navarra se sitúa alrededor de los 14 años.

Los Departamentos de Salud y Educación, los colegios profesionales de médicos, farmacéuticos, estomatólogos y odontólogos, y enfermería, la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria y el Comité Nacional para la prevención del Tabaquismo de Navarra han elaborado conjuntamente una propuesta educativa para los centros escolares con el objetivo de prevenir el consumo de tabaco entre el alumnado de ESO y 1º de Bachillerato y Formación Profesional.

La edad de inicio del consumo de tabaco en Navarra se sitúa alrededor de los 14 años, según la encuesta nacional ESTUDES 2016 dirigida a población entre 14 y 18 años. Este dato, junto con otros estudios tanto nacionales como los realizados por el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), hace que la prevención ante el problema del tabaquismo en edades escolares sea una de las prioridades en Salud.

Así, las mencionadas entidades consideran imprescindible consolidar espacios protectores en los que no fumar sea la norma y las opciones saludables sean las más fáciles de elegir, así como educar y ayudar a adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones, buscando sinergias entre familias, centros educativos, centros sanitarios y lugares públicos.

La propuesta, a disposición de todos los centros escolares, tiene como fines específicos promover entre los chicos y las chicas una reflexión sobre el tabaco, sus efectos y riesgos, así como sobre los factores que influyen en el consumo, y proporcionarles toda la información posible al respecto.

Además, los centros educativos pueden también solicitar al ISPLN carteles y folletos de la campaña "Hacia una generación sin tabaco" tanto en castellano, como en euskera o bilingües.

¿Cuántos cigarrillos de vida te quedan?

Por su parte, y con motivo del Día Mundial sin Tabaco, el Colegio Oficial de Dentistas convocó un concurso dirigido a estudiantes de ESO y Bachiller. Este año ha resultado ganador el IES Ega San Adrián, cuyos alumnos de 4º ESO participaron con el video "¿Cuántos cigarrillos de vida te quedan?". El premio consistirá en una tarde de aventura en Campo Activo, Logroño, para todos los alumnos de la clase ganadora.



INICIO DEL CONSUMO

La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas. Según el Estudio HBSC 2018, en Navarra no han consumido tabaco en los últimos 30 días el 86,6% de las y los adolescentes entre 11-18 años. En prevención una meta importante es retrasar la edad de inicio. Según ESTUDES 2016, en población de 14-18 años la edad de inicio en Navarra está alrededor de los 14 años.

El estudio cualitativo sobre "Contextos de iniciación y desigualdades en el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de 14 a 18 años" realizado por el Servicio de Salud Comunitaria del Instituto de Salud Pública en 2018 observa que el acceso al consumo de tabaco es más cotidiano y variable, más relacionado con situaciones "microsociales" de los entornos familiares, los círculos de amistades, las bajeras, etc. que con los entornos "macrosociales" como son las fiestas, más dominantes en el caso del acceso al consumo de alcohol.

El mantenimiento del consumo, una vez iniciado, sostenido por la adicción a la nicotina, se inscribe también en dicho espacio más próximo y personalizado, con argumentaciones como la curiosidad, la búsqueda de experiencias, la búsqueda de una cierta "transgresión" o "rebeldía" o abordar y paliar ciertas situaciones generales de estrés, especialmente señalado por los sectores con mayor tasa de consumo. Y una imagen más de integración en el mundo adulto que de afirmación juvenil, más propia ésta en quienes consumen alcohol.

En los últimos tiempos se han dado pasos importantes hacia una generación sin tabaco. Ha aumentado el precio de los productos de tabaco, se ha restringido la publicidad, prohibido fumar en áreas de uso público, insertado advertencias gráficas en el empaquetado y desarrollado múltiples campañas antitabaco. Y las nuevas generaciones han respondido: actualmente fuman menos que las anteriores.



DÍA MUNDIAL SIN TABACO

En la fila de atrás: Sonia Domínguez, Marga Echaury, Vicky Güeto, Isabel Ezpeleta, Beatriz Erdozain; delante, Nerea Egües, Amaya Fernández y M^a José Pérez Jarauta.

LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN NAVARRA CUMPLE 25 AÑOS

El porcentaje de personas fumadoras en Navarra ha descendido 12 puntos en las dos últimas décadas, al pasar de un 31,5% en 2000 al 19,5% actual, según la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra de 2017, última realizada. Según el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), se trata de un dato positivo, aunque prevalencias por debajo del 15% como las de los países nórdicos indican que todavía existe un importante margen de mejora.

Este año se celebra el 25º aniversario de la puesta en marcha de las políticas públicas de prevención del consumo de tabaco, que se iniciaron en 1994 con la firma de un convenio de colaboración entre los Departamentos de Salud y de Educación y con la aprobación e inicio del Programa de ayuda a dejar de fumar (PAF) en centros de salud y en el servicio de Salud Laboral (Orden Foral de 8 de agosto de 1994).

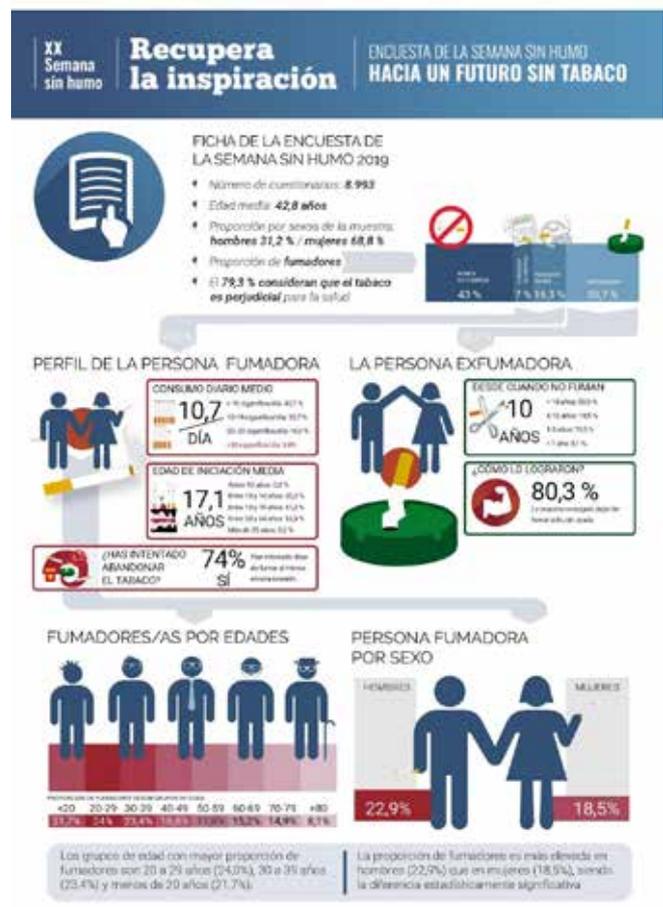
ENCUESTA SEMFYC EN LA XX SEMANA SIN HUMO

Con motivo de la celebración de la XX edición de la Semana Sin Humo, la semFYC ha presentado la encuesta anual sobre tabaquismo que realiza a través del Grupo de Abordaje al Tabaquismo (GAT). En esta edición han participado 8.993 personas y los datos de la misma confirman la tendencia que ya se apuntara el año pasado de ligero aumento del consumo de tabaco. De hecho, si se analizan los resultados de los últimos tres años (2017-2019) se percibe un ligero aumento del global de fumadores (del 21% al 23,3%); un pequeño retroceso del porcentaje de exfumadores (del 37% al 33,7%) y una cifra de personas que nunca han fumado que se mantiene plana en 42-43%. La encuesta de la Semana Sin Humo 2019 también ha permitido analizar el perfil de las personas fumadoras, los porcentajes de exfumadores y ex fumadores por Comunidades Autónomas, la percepción de las personas en relación al cumplimiento de la ley antitabaco, o las nuevas formas de consumo tabáquico, entre otros.



MÁS INFORMACIÓN Y DATOS DE LA ENCUESTA

<https://www.semfyc.es/prohibir-fumar-coche-semana-sin-humo-semfyc/>



Programa de formación “Salud de los pies a la cabeza”, en colaboración con Mutua Navarra

Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes

El programa “Salud de los pies a la cabeza”, organizado por el Colegio de Médicos y Mutua Navarra, está permitiendo realizar un repaso de las patologías y las cuestiones que más interés suscitan entre los profesionales médicos en el ámbito de Atención Primaria y la salud laboral. El objetivo es crear un marco de encuentro y diálogo entre profesionales.

El pasado 13 de junio, el Dr. Gorka Moreno, responsable del Programa de Empresas y Adjunto a Dirección de la Fundación Proyecto Hombre, impartió la última sesión del séptimo ciclo titulada “Alcohol y drogodependencias: habilidades y manejo del médico”.

En este número de Panacea incluimos el resumen de las sesiones impartidas por el Dr. Arnaldo Belzunce, oftalmólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, sobre “Patología incapacitante en Oftalmología”, y el Dr. Mikel Viscarret, médico de Mutua Navarra, sobre “Cervicalgia. Actuación desde Atención Primaria y derivación a especialista”.





Actualización en patologías incapacitantes: **Oftalmología**

Por el **Dr. Arnaldo Belzunce**,
oftalmólogo del Complejo Hospitalario de Navarra.

“La causa más frecuente de ceguera en edades medias es la miopía magna”

A nivel mundial, se estima que aproximadamente 1.300 millones de personas viven con alguna forma de deficiencia visual: 36 millones son ciegos. Las causas más frecuentes de visión deficiente son: errores de refracción no corregidos, cataratas, degeneración macular relacionada con la edad, glaucoma, retinopatía diabética, opacidad de la córnea y tracoma.

En Europa, las patologías oculares con mayor prevalencia que producen deficiencia visual son:

- Cataratas: 13,8% (10,3– 18,3%).
- Degeneración macular asociada a la edad (DMAE): 5,4% (4,1–7,5%).
- Glaucoma: 3,4% (2,5–4,9%).
- Retinopatía diabética: 3,0% (2,4–4,5%).

La causa más frecuente de afiliación a la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), y por tanto, de ceguera en edades medias (activos laborales) es la miopía magna con un 17,4% de los casos, seguida de patologías del nervio óptico con un 11,5%. En tercer lugar, las complicaciones de la retinopatía diabética (un 9,3%) y las degeneraciones retinianas (un 8,5% de los casos).

“Nuevas tecnologías como la tomografía óptica de coherencia y el angio-OCT nos permiten identificar el momento en que la lesión es ya irreversible”

El Ciclo 8,

comienza en septiembre

CICLO 8

(0,2 créditos/sesión).

PROGRAMA.

24 Septiembre:

Exploración neurológica básica.

Dr. Rafael Valentí.

Neurólogo. Clínica Universidad de Navarra.

24 Octubre:

Manejo y orientación en la anticoagulación.

Dr. Ramón Lecumberri.

Hematólogo. Clínica Universidad de Navarra.

26 Noviembre:

Dermatitis de contacto. Enfoque desde Atención Primaria.

Dr. Marcos Hervella.

Dermatólogo. Complejo Hospitalario de Navarra.

Todas las sesiones se desarrollan en la sede del Colegio de Médicos, en horario de 17:45 a 19:15 horas.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES en

<https://colegiodemedicos.es/formacion-2/>

FORMACIÓN

¿Cuándo la pérdida visual es irreversible?

El objetivo de este artículo es dar conceptos que permitan interpretar los informes oftalmológicos a la hora de valorar la capacidad visual y, por otro lado, conocer herramientas diagnósticas que permiten determinar cuando la pérdida visual es irreversible.

No es mi objetivo describir las características de cada una de estas patologías que afectan al ojo y al sistema visual. Además, el avance de las técnicas quirúrgicas están reduciendo el número de patologías de miopía magna, cataratas, patología corneal, desprendimiento de retina y glaucoma, que van a terminar en una incapacidad permanente. El glaucoma, por ejemplo, experimenta un notable descenso en la serie de la ONCE.

Sin embargo, las neuropatías ópticas y la patología de la vía óptica se están incrementando. No disponemos de tratamientos para muchas de las enfermedades vasculares o degenerativas que afectan al nervio óptico y a la vía visual, pero nuevas tecnologías como la tomografía óptica de coherencia y el angio-OCT nos permiten identificar el momento en que la lesión es ya irreversible.

Conceptos previos:

- **Ceguera.** Pérdida total de la visión. El sujeto tiene que confiar de forma predominante en habilidades sustitutas de la visión. Agudeza Visual (AV) menor de 0.05, incluido la ausencia de percepción luminosa, o a la restricción de campo visual (CV) a menos de 10° alrededor de la fijación (OMS, 1972).
- **Baja visión:** Niveles menos graves de pérdida visual, en los que los individuos pueden ser ayudados de forma significativa por mecanismos de mejora de la visión. AV menor de 0.3 y mayor o igual a 0.05.

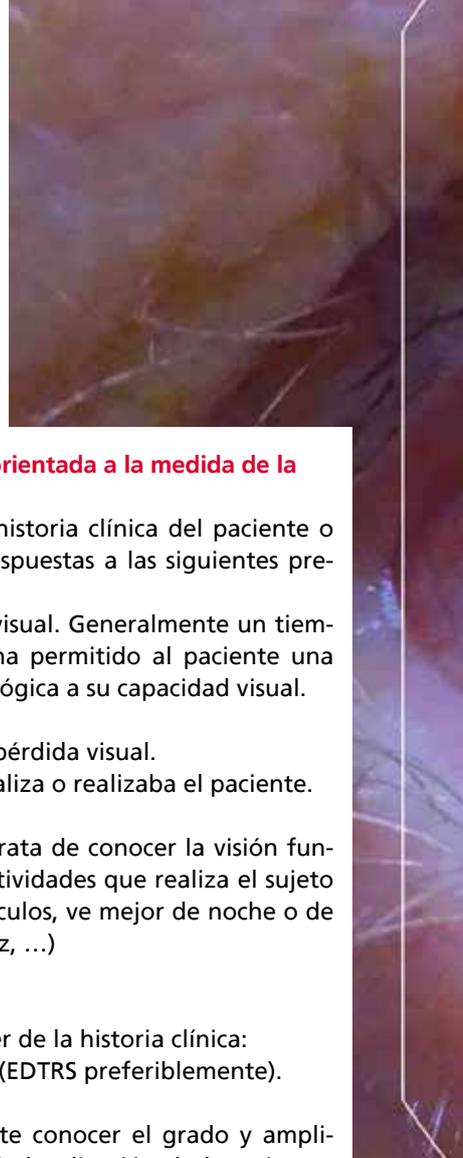
Exploración oftalmológica orientada a la medida de la capacidad visual:

Hay que obtener de la historia clínica del paciente o de una nueva anamnesis respuestas a las siguientes preguntas:

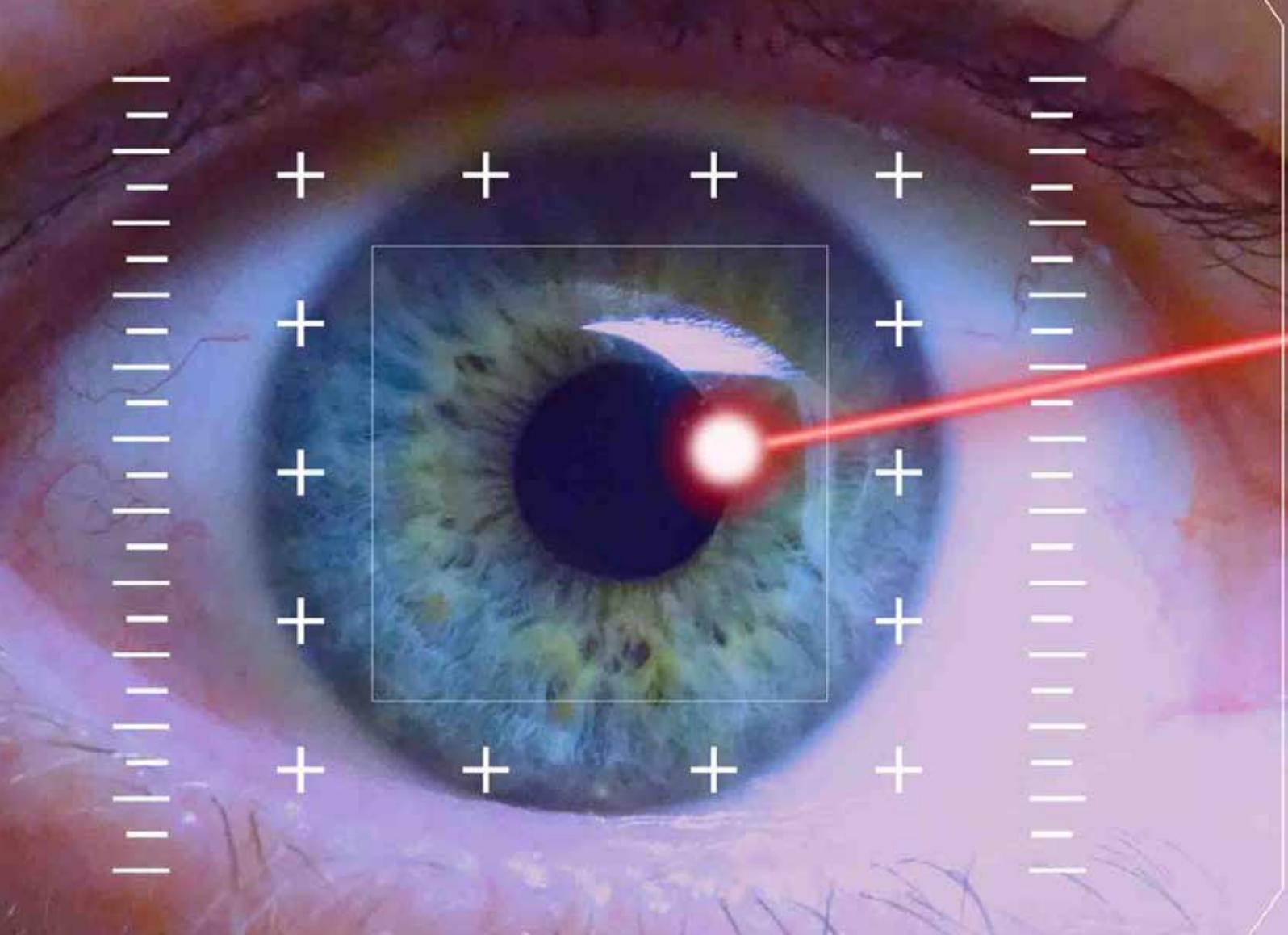
- Duración de la pérdida visual. Generalmente un tiempo largo de evolución ha permitido al paciente una adaptación física y psicológica a su capacidad visual.
- Estabilidad del proceso.
- Etiología: la causa de la pérdida visual.
- Actividad laboral que realiza o realizaba el paciente.
- Nivel de estudios.
- Rendimiento visual. Se trata de conocer la visión funcional en las distintas actividades que realiza el sujeto (si ve la TV, va a espectáculos, ve mejor de noche o de día, le molesta o no la luz, ...)
- Motivación.

Es imprescindible obtener de la historia clínica:

- Agudeza visual de lejos (EDTRS preferiblemente).
- Agudeza visual de cerca.
- Rejilla de Amsler. Permite conocer el grado y amplitud de los escotomas y la localización de los mismos. Cuadrado de 10 cm de lado en cuadrículas de 5 mm cada una. Cada cuadrícula corresponde a 1° con lo cual podemos explorar 20° centrales.
- Campimetría manual o automatizada. La campimetría automatizada permite un estudio más reproducible, siendo menos subjetivo que la campimetría manual. Está limitada porque es subjetivo (los índices de fiabilidad nos darán una idea de la colaboración del paciente, pero artefactan los resultados) y está limitado por la



Sesión
con el Dr.
Arnaldo
Belzunce.



edad. El estímulo debe adaptarse a la visión del paciente (estímulo V del programa FASPAC de Humphrey). Requiere ser repetido porque los primeros son menos valorables y permite orientar si la afectación es reproducible en el tiempo (foto de campímetro y de CV).

- Sensibilidad al contraste. En diferentes condiciones de iluminación, permiten explorar la calidad de visión en la vida cotidiana (visión funcional). Ofrece más información sobre la visión funcional del paciente que la AV. Esta exploración permite clasificar a los pacientes en pérdida de visión central, pérdida de visión periférica, pérdida del enfoque (medios transparentes) o pérdida de visión binocular o hemianopsias.

Diagnósticos más frecuentes

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en los informes oftalmológicos y que causan deficiencia visual son:

1. Traumatismos: Estallido ocular, endoftalmitis postraumática, cuerpo extraño intraocular, coriorretinopatía escleropetaria y neuropatía óptica traumática.

2. Neuropatía óptica:

- Glaucoma. Es la neuropatía caracterizada por la pérdida irreversible y progresiva de células ganglionares

de la retina con excavación progresiva del disco óptico asociada a una pérdida de campo visual periférico característico.

- Atrofia óptica. Paso final de cualquier neuropatía óptica, pero puede aparecer sin patología previa. Entonces se denomina atrofia óptica primaria. Se manifiesta clínicamente como una palidez del disco óptico asociado a una pérdida preferentemente del campo visual central.
- El avance más espectacular en este campo es la aplicación generalizada de la tomografía óptica de coherencia (OCT) para estudio de las neuropatías ópticas, incluyendo el glaucoma. Hay una elevada correlación estructura-función. Nos permite predecir si va a haber o no recuperación tras el tratamiento.

3. Alteraciones de la vía óptica. Hemianopsias.

- La RMN y la tomografía óptica de coherencia ayudan al diagnóstico de las causas isquémicas, compresivas, desmielinizantes o degenerativas de la vía visual. La plasticidad del sistema nervioso central, demostrada en experimentación animal y en experiencia clínica, abre la puerta a la rehabilitación visual que todavía debe demostrar su aplicabilidad clínica mejorando la reproducibilidad de sus métodos.



Cervicalgia: actuación desde Atención Primaria



Por el
Dr. Mikel Viscarret,
médico de
Mutua Navarra.

La columna cervical, es sin lugar a dudas, la conexión anatómica entre la cabeza y el resto del cuerpo. Su movilidad permite, a su vez, el desplazamiento en tres direcciones de la cabeza, que garantiza la orientación propioceptiva en los diferentes planos del espacio.

La cervicalgia viene a englobar un amplio espectro de patologías, que como causa o consecuencia, tiene su ubicación en la parte posterior y posterolateral del cuello, con o sin irradiación a las zonas adyacentes, siendo la etiología más frecuente los procesos degenerativos.

Generalmente presenta una evolución favorable, con mejoría a corto plazo. Habitualmente, a los tres meses, el 80% de los que lo padecen están asintomáticos, aunque es cierto que recidiva con frecuencia.

El dolor cervical

El manejo médico del dolor cervical se inicia desde el interrogatorio que dirigimos al paciente en nuestras consultas. Es fundamental conocer el origen del dolor, el tiempo de evolución, la existencia o no de síntomas neurológicos concomitantes, si existen factores de alarma e, incluso, la presencia de factores de mal pronóstico, que generalmente no están asociados a la patología orgánica (trastornos afectivos, psicosociales, laborales).

Así pues, el examen físico exhaustivo (inspección, palpación, test de provocación) debe esclarecer si la etiología del dolor es mecánica o inflamatoria, si hay presencia de signos de alarma, radiculopatías, debilidades progresivas. Y, sobre todo, si nos permite prever la evolución del paciente.

“Habitualmente, a los tres meses, el 80% de los que padecen cervicalgia están asintomáticos, aunque recidiva con frecuencia”

Controversias

La controversia está en la protocolización de los tratamientos farmacológicos que empleamos y, sobre todo, en si existe necesidad de realizar estudios complementarios a todos los pacientes. Hasta la fecha y tras ser corroborados en la evidencia científica, el uso de paracetamol, diferentes AINES, relajantes musculares, opiáceos menores y mayores, uso de corticoides y antidepresivos, aún se encuentra en entredicho.

Dichas publicaciones también han concluido que realizar estudios complementarios a pacientes que no presentan antecedente traumático cervical o signos de alarma, no modifica su evolución, pronóstico o tratamiento; lo único que satisface es la “necesidad” de haber sido atendidos.

La derivación del paciente al especialista se realizará si existe dolor severo sin mejoría con la medicación, episodios recidivantes, síntomas radiculares con afectación o debilidad progresiva; y si hay signos de alarma o de mal pronóstico.

Probablemente, lo fundamental desde nuestras consultas será establecer el diagnóstico correcto, informar debidamente al paciente sobre todo lo relacionado con el trastorno cervical, insistir en las medidas de prevención, en el mantenimiento del ejercicio físico y en la educación sanitaria (en conceptos de actitud activa).

“La controversia está en la protocolización de los tratamientos farmacológicos y estudios complementarios”

PLAN DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA. OTOÑO 2019

Proyectos en preparación

ÁREA DE COMPETENCIAS CLÍNICAS COMUNES

Son actividades dirigidas a los médicos asistenciales que tienen por objetivo la actualización en materias clínicas de interés y aplicación en cualquier especialidad y ámbito asistencial.

MANEJO CLÍNICO EN SOBREPESO Y OBESIDAD. OBESIDAD SARCOPÉNICA.	18/09/2019	4:30 h.
---	------------	---------

Actividades con Inscripción abierta:
<https://colegiodemedicos.es/formacion-2/>

Salud de los pies a la cabeza. Actualizaciones clínicas en patologías incapacitantes.
Ciclo 8 <https://colegiodemedicos.es/producto/salud-de-los-pies-a-la-cabeza-ciclo-8/>

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA BÁSICA.	03/10/2019	1:30 h.
MANEJO Y ORIENTACIÓN EN LA ANTICOAGULACIÓN.	24/10/2019	1:30 h.
DERMATITIS DE CONTACTO. ENFOQUE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.	26/11/2019	1:30 h.

Programa de Urgencias Tiempo-Dependientes.
Actualización Clínica On Line

Abierta la preinscripción para programar NUEVAS EDICIONES (20 alumnos por grupo).

CÓDIGO INFARTO NAVARRA – ED. 5 https://colegiodemedicos.es/producto/codigo-infarto-navarra/	8:30 h.
CÓDIGO ICTUS. CONCEPTOS BÁSICOS. ED. 3 https://colegiodemedicos.es/producto/codigo-ictus-conceptos-basicos/	10:00 h.

ÁREA DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES MÉDICAS

Actividades dirigidas a todos los colegiados sobre materias de aplicación en cualquier especialidad y ámbito de ejercicio profesional.

Formación en Ética y Deontología

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA EN LA MEDICINA DE HOY. MESA REDONDA: APLICACIÓN DE LOS BIG DATA EN SALUD.	08/10/19	2:30 h.
---	----------	---------

Formación de Formadores

DISEÑO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA.	14 y 15 /10/19	7:00 h.
--	----------------	---------

Comunicación Clínica

TÉCNICAS ACTIVAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD: ENTORNOS GRUPALES E INDIVIDUALES.	13/09/19	4:30 h.
--	----------	---------

MÁS INFORMACIÓN

La información completa de las actividades se publicará, en breve, en la web del Colegio
<https://colegiodemedicos.es/formacion-2/>





→ Conclusiones del VI Congreso de Deontología Médica

Los médicos adaptan la **Deontología** a los retos actuales a los que se enfrenta la profesión

♦ **Trini Díaz**

El **VI Congreso de Deontología Médica**, organizado por el **Colegio de Médicos de Badajoz**, analizó el papel del médico ante violencia de género, la atención al final de la vida y la ética en la donación en asistolia, entre otros asuntos, y evidenció que los médicos están concienciados sobre la importancia de estimular y fomentar la Deontología Médica, “pues es ésta la que debe seguir siendo la seña de identidad de la

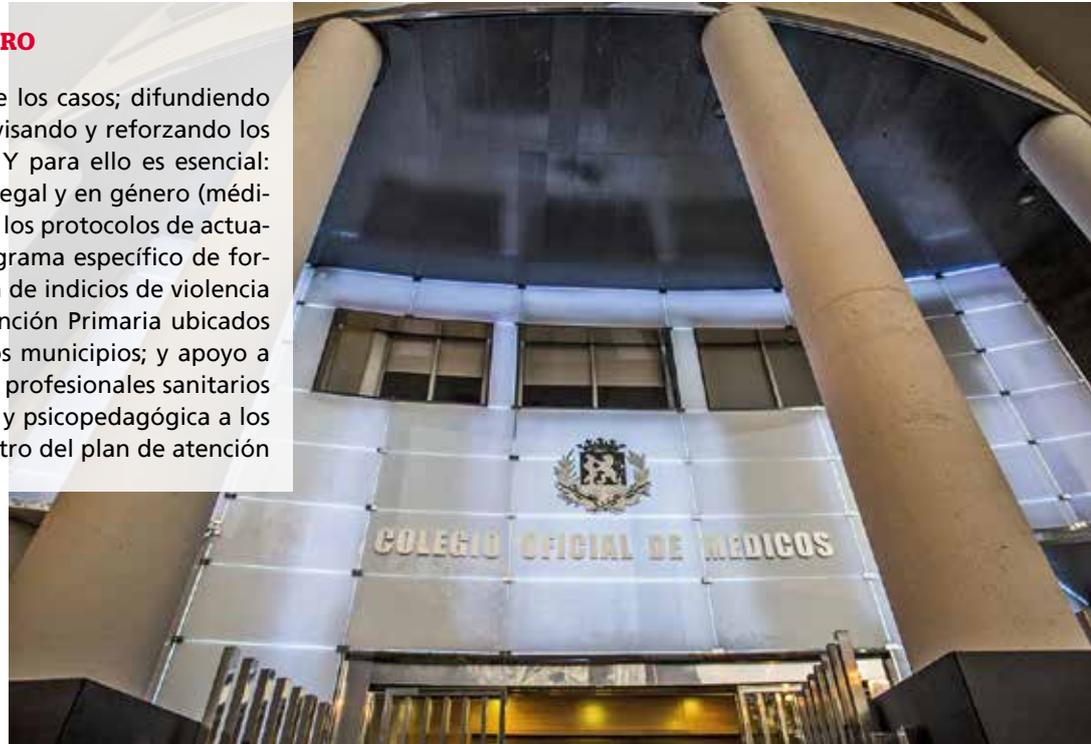
profesión médica ante los desafíos a los que se enfrenta el colectivo”, subraya el documento de conclusiones.

En representación del **Colegio de Médicos de Navarra** asistieron las doctoras Juana María Caballín y Pilar León, presidenta y secretaria de la Comisión de Deontología.

Las conclusiones recogen seis compromisos consensuados por los más de 350 médicos y expertos reunidos en Badajoz para la defensa de los valores propios e intrínsecos de la profesión médica.

1º COMPROMISO, ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Haciendo detección precoz de los casos; difundiendo los protocolos de actuación; y revisando y reforzando los protocolos de detección precoz. Y para ello es esencial: formación especializada médico-legal y en género (médico-psicológica-social), difusión de los protocolos de actuación (clínica y médico-legal); programa específico de formación para mejorar la detección de indicios de violencia de género en los centros de Atención Primaria ubicados en el ámbito rural y en pequeños municipios; y apoyo a la formación especializada de los profesionales sanitarios que presten atención psicológica y psicopedagógica a los hijos/as de víctimas mortales, dentro del plan de atención integral del SNS.



Sede del Colegio de ▲
Médicos de Badajoz

2º COMPROMISO, CON LA ENSEÑANZA DE LA ÉTICA MÉDICA Y LA DEONTOLOGÍA (Compromiso de Badajoz)

Se han cumplido 10 años del denominado Compromiso de Badajoz, un documento de consenso entre la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España y las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos de España.

Cuando el Documento se firmó había en España 28 facultades de Medicina y actualmente hay 42. El balance arroja los siguientes resultados positivos: En 22 facultades (el 42%) se da formación específica en ética médica y deontología médica; se contabilizan al menos 38 asignaturas que incluyen directamente estas materias; el área más implicada en esta docencia es la Medicina Legal y básicamente la deontología se imparte en 4º o 5º curso del Grado; más del 90% de las pruebas ECOE, que realizan los estudiantes en 6º curso, incluyen aspectos éticos y deontológicos (en el año 2006 no llegaban al 50%).

Las Facultades de Medicina deben definir las competencias que los alumnos han de demostrar que poseen para graduarse. Entre estas competencias se incluyen valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos.

En definitiva, el Documento sigue vivo y actual, aunque es preciso seguir trabajando ya que:

- Se considera imprescindible dar a conocer y profundizar en la enseñanza de la ética y deontología médica, como base de la conducta del médico.
- Tanto la ética médica como la deontología profesional, deben ser consideradas como un elemento que caracteriza a la Medicina.
- Los contenidos de ética médica y deontología deben seguir incorporados en los planes de estudios del Grado de Medicina y quedar bien definidos en las guías docentes correspondientes y con referencias suficientes al Código de Deontología Médica de la OMC.
- La Organización Médica Colegial y las autoridades académicas han de colaborar para que la ética médica y la deontología se mantengan como una parte relevante del programa docente del Grado de Medicina.
- En la docencia universitaria se debe tener en cuenta la colaboración de médicos que sean miembros de las comisiones deontológicas de los Colegios de Médicos.
- Las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos deben tener un papel director y coordinador de la enseñanza de los médicos mediante cursos de formación continuada, cursos monográficos, seminarios, etc.



Más de 350 médicos y expertos en el VI Congreso de Deontología Médica, celebrado en Badajoz, del 4 al 6 de abril.

3º COMPROMISO, CON LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN ASISTOLIA

Los expertos reunidos hicieron referencia a la Clasificación de Maastricht y específicamente al tipo III en los que no hay indicación de RCP, bien porque haya daño neurológico severo con retirada de soporte vital o bien porque el paciente no quiere ser RCP.

Este procedimiento es acorde a lo que establece el Código de Deontología Médica (CDM), en diversos artículos del actual Código y más concretamente con el artículo 36.

En referencia a la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico está en consonancia con el artículo 38 del CDM.

En cuanto al rechazo al tratamiento, que se puede plantear en asuntos de donación y trasplantes, el CDM en su artículo 9, 12 y 15 establece la conducta a seguir en estos casos.

4º COMPROMISO, CON EL ACOSO MORAL Y LABORAL

El mobbing no es una enfermedad, la víctima no es un enfermo mental es un profesional dañado.

El acoso institucional o también conocido como "Síndrome del chivo expiatorio" y "Síndrome del rechazo del cuerpo extraño", está definido como un fenómeno grupal en el que un sujeto es sometido a persecución, agravio, opresión psicológica por uno o varios miembros al que pertenece, con la complicidad o la aquiescencia del resto, que acepta esta dinámica como necesaria para mantener la estabilidad del grupo. Y para conseguirlo se llevan a cabo acciones contra la reputación y la dignidad.

5º COMPROMISO, CON EL MÉDICO VIRTUAL

Precisa de estándares profesionales derivados de la ética y la deontología médicas y de un marco que proporcione confianza y seguridad a las buenas prácticas médicas virtuales.

Requiere de la construcción de espacios de reflexión ética que permitan dar razón de su uso, resolver posibles contradicciones y promover procedimientos basados en la búsqueda de soluciones buenas.

El buen uso y las buenas prácticas estarán en función de las mejoras que la PMV pueda introducir en la atención al paciente individual y en la promoción de la salud de la sociedad en general.

La actualización del Código de Deontología Médica en su nueva edición recoge un capítulo específico para las redes sociales.

6º COMPROMISO, CON EL FINAL DE LA VIDA

En nuestro país, no es posible la disponibilidad individual de la vida humana. Es decir, la persona no puede decidir cuándo pone fin a su vida y, por consiguiente, no puede imponer al personal sanitario la acción no aconsejable médicamente que conduzca a ello, al menos no la que requiere una acción médica que suponga poner término a la vida del paciente.

Se planteó que posiblemente una regulación de la eutanasia aportaría seguridad. Se trata de un debate, no solo de nuestro país, sino de todos los de nuestro entorno y que quizás hubiera que establecer los presupuestos y límites de ello de una forma clara y precisa con seguridad, no solo para el médico, sino también para las personas que se encuentren en esa situación. Y será el legislador el que tenga que establecer esos límites y recoger las situaciones.

En el Congreso, se hizo referencia al mal denominado Testamento Vital y conocido como Instrucciones Previas o Voluntades anticipadas, y sobre la necesidad de su implantación definitiva y su difusión por parte de las instituciones y autoridades sanitarias. Finalmente, se enfatizó que este documento no permite la eutanasia, la cual está actualmente sancionada penalmente, aunque se realice por petición expresa del paciente y éste sufra una enfermedad incurable o padecimientos graves (Art 143.4 del Código Penal).

LA DRA. PILAR LEÓN ELEGIDA PARA LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE MÉDICOS (CGCOM)

La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha renovado su Comisión Central de Deontología con seis nuevos miembros, que han sido elegidos entre los 20 candidatos presentados a propuesta de los diferentes Colegios de Médicos de toda España. Entre las designadas para la renovación de la Comisión Central de Deontología se encuentra la Dra. Pilar León Sanz, propuesta por el Colegio de Médicos de Navarra y secretaria de su Comité de Deontología desde el año 2012.

Fueron también elegidos por votación de la Asamblea del CGCOM: M^ª Teresa Vidal Candela (Alicante), Manuel Fernández Chavero (Badajoz), Jacinto Bátiz Cantera (Bizkaia), M^ª Felicidad Rodríguez Sánchez (Consejo Andaluz) y Diego Murillo Solís (Pontevedra).

Los seis nuevos miembros pasarán a tomar posesión de su cargo, y a continuación se celebrará un pleno para designar a su nueva Comisión Permanente, que la componen un presidente, un secretario y dos vocales.

La Comisión Central de Deontología es una comisión técnica de la Organización Médica Colegial (OMC) que aborda todos los asuntos relacionados con la ética y deontología profesional médica. Entre sus trabajos más significativos de los últimos años destaca el actual Código Deontológico, aprobado en julio de 2011 por la Asamblea de la OMC, que se encuentra en fase de actualización.

Promover y facilitar a los médicos españoles su formación en Deontología, así como a los miembros que integran las Comisiones Deontológicas de los Colegios de Médicos es otra de las misiones encomendadas a la Comisión. A ello hay que sumar la elaboración por parte de dicha Comisión de documentos de alcance internacional, cuyos textos están resultando muy fructíferos en organizaciones como la Asociación Médica Mundial.

DRA. PILAR LEÓN SANZ

La Dra. Pilar León Sanz es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense. Ha combinado puestos de gestión, docencia e investigación. En la actualidad es catedrática de Historia de la Medicina y profesora de Ética Médica de la Universidad de Navarra. Pertenece al Comité de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra desde 2009 y es su secretaria desde 2012. También forma parte de la Comisión de Ética asistencial de la Clínica Universidad de Navarra y de la Comisión Ética de la Investigación de la Universidad de Navarra.



Pilar León y Juana M^ª Caballín, secretaria y presidenta del Comité de Deontología de Navarra, asistieron al Congreso.

MÁS DE 3.000 ALEGACIONES A LA ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA

El Consejo General de Colegios de Médicos hizo llegar a los Colegios de Médicos el borrador de la actualización del Código de Deontología Médica, encargado a la Comisión Central de Deontología. De este modo, se abrió un periodo en el que cada Colegio pudo trasladar a sus colegiados el borrador de los cambios propuestos al Código Deontológico de 2011, donde figuran importantes novedades, con el fin de que los colegiados presentasen sus aportaciones a la Junta Directiva de cada Colegio, que a su vez elevaría sus propuestas al Consejo General para estudio, análisis y aprobación, en su caso. Los profesionales de Navarra han participado de este proceso transparente y abierto a los colegiados.

En el VI Congreso de Deontología Médica, el Dr. Rodríguez Sendín expuso en la reunión de las Comisiones de Deontología de los Colegios de Médicos, que se han recibido más de 3.000 alegaciones de las corporaciones y de los colegiados.

La actualización del Código Deontológico incluye siete capítulos nuevos dedicados a la historia clínica y la documentación, la seguridad del paciente, los deberes de los directivos colegiales, la atención a la violencia, la responsabilidad, las tecnologías de la información y la comunicación, y la inteligencia artificial y bases de datos sanitarios.





Consigue tu nuevo carnet de colegiado. Solicítalo online en

<https://colegiodemedicos.es/carnet-de-colegiado/>

Con el fin de informar a los colegiados de las actividades realizadas por la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Navarra, se detalla la agenda de los meses de **abril, mayo y junio** del 2019.

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA EN FACEBOOK

Dale a ME GUSTA a nuestra nueva página de Facebook <https://www.facebook.com/medicosdenavarra/> y únete a la comunidad de médicos de Navarra para estar al día de toda la actividad colegial y sanitaria. También puedes seguir la actualidad del Colegio en Twitter @MedenaColegio y LinkedIn <https://www.linkedin.com/in/medena/>.

Abril

Lunes, 1	Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.
Martes, 2	Asamblea General de Colegiados. Junta Directiva.
Miércoles, 3	Foro de Salud Diario de Navarra. Vicepresidencia y vicesecretaria.
Jueves, 4	Foro AP. Vocalías de Medicina Extrahospitalaria y Rural.
Jueves, 4	VI Congreso de Deontología Médica (Badajoz). Cté. Deontológico.
Lunes, 8	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Jueves, 11	Día de la Atención Primaria. Vicesecretaría y Junta Directiva.
Lunes, 15	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 22	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 29	Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.

Mayo

Lunes, 6	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Jueves, 9	VI Certamen de Casos Clínicos. Vicepresidencia.
Lunes, 13	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Miércoles 15	Médicos Horticultores. Vocalía de Médicos Jubilados.
Viernes, 17	Pleno de la OMC (Madrid). Presidencia.
Sábado, 18	Asamblea de la OMC (Madrid). Presidencia.
Lunes, 20	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Miércoles 22	Foro AP. Junta Directiva.
Jueves, 23	Inauguración congreso AMINE. Presidencia.
Sábado 25	Juramento Hipocrático. Vicepresidencia.
Sábado, 25	Javierada de los Enfermos. Vocalía de Médicos Jubilados.

Junio

Sábado, 1	IX Encuentro de Coros (Zaragoza). Vocalía de Médicos Jubilados.
Lunes, 3	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Viernes, 7	Reunión OMC (Madrid). Gerencia y Comisión Permanente.
Viernes, 7	Jornadas sobre Docencia en el medio Rural (León). Voc. de M. Rural.
Sábado, 8	Actuación Coro en Artáiz. Vocalía de Médicos Jubilados.
Lunes, 10	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Martes, 11	Reunión revista Panacea. Vicepresidencia.
Miércoles, 12	Entrega X Premio Sánchez Nicolay. Junta Directiva.
Jueves, 13	Bienvenida MIR. Junta Directiva.
Lunes, 17	Comité de Dirección. Comisión Permanente.
Lunes, 17	Médicos Horticultores. Vocalía de Médicos Jubilados.
Viernes, 21	Pleno de la OMC (Madrid). Presidencia.
Sábado, 22	Asamblea de la OMC (Madrid). Presidencia.
Lunes, 24	Reunión Junta Directiva. Junta Directiva.



Una treintena de médicos en formación en la I Jornada de Residentes

El 11 de abril se celebró en el Colegio de Médicos de Navarra la I Jornada de Residentes de SEMG Navarra, centrada en la urgencia en el área de respiratorio, y en la que se dieron cita una treintena de médicos en formación de Medicina de Familia.

La Jornada contó con la presencia de la vicepresidenta y responsable de Educación Médica de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Dra. Pilar Rodríguez, quien hizo una introducción sobre la sociedad científica, desde sus orígenes y las buenas perspectivas.

El Dr. Manuel Mozota, como responsable del Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología de la SEMG, habló de las urgencias en las vías respiratorias altas e hizo un resumen sobre los signos de alarma que un médico residente debe de saber para hacer más sencilla su práctica clínica. Insistió en las complicaciones que se producen de cuadros que, a simple vista, pueden ser banales y la atención que deben de tener, "lo importante que es el diagnóstico y el tratamiento precoz lo cual van a condicionar el pronóstico".

Patologías de las vías respiratorias bajas

Por su parte la Dra. Ana Mur, miembro del Grupo de Urgencias de la SEMG, habló de las diferentes patologías de las vías respiratorias bajas, lo correlacionó con radiografías y con los diferentes signos y síntomas que tiene cada una de esas enfermedades y que los residentes deben conocer. Del mismo modo, repasó las patologías más importantes como el asma, la neumonía, el EPOC y el tromboembolismo pulmonar entre otras.

Seguidamente, el Dr. Francisco Javier Lanchano, neumólogo del Complejo Hospitalario de Navarra, habló de las diferentes patologías que vienen a la puerta de urgencias, así de cómo manejarse los médicos en formación en estas situaciones. La acidosis respiratoria es una cuestión importante, teniendo que conocer los diferentes aparatos para que los pacientes puedan estabilizarse. Por ello, se repasó tanto la ventilación no invasiva como la invasiva.

La I Jornada de Residentes de SEMG Navarra -que destacó por la participación de los MIR con el planteamiento de sus preguntas y opiniones- fue clausurada por la Dra. Pilar Rodríguez y el sorteo entre los participantes de dos inscripciones para el Congreso de la SEMG celebrado en Santiago de Compostela.

Manuel Mozota,
vicepresidente tercero de
SEMG nacional

El presidente de la Sociedad Navarra de Médicos Generales y de Familia (SEMG Navarra), Dr. Manuel Mozota, formará parte de la nueva Comisión Permanente de la SEMG nacional en el cargo de vicepresidente tercero.

La proclamación oficial de la nueva Junta Directiva tuvo lugar en Santiago de Compostela durante la celebración de la Asamblea general de socios de la SEMG del XXVI Congreso Nacional de Medicina General y de Familia.



▲ La Dra. Pilar Rodríguez, vicepresidenta y responsable de Educación Médica de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), cerró las Jornadas.



VI Jornadas Nacionales de Ecografía de SEMERGEN

“En 10 años no habrá médico que no disponga, en su bata, de un ecógrafo del tamaño de un móvil”



▲ Inauguración de las Jornadas.

Del 13 al 15 de junio, el Colegio de Médicos de Navarra acogió las VI Jornadas Nacionales de Ecografía (#ecoSEMERGEN19) de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Con más de 130 inscripciones y 35 comunicaciones, durante estos tres días se realizaron 60 talleres de ecografía, tanto de iniciación como de perfeccionamiento, para los que se contó con 28 ecógrafos.

Entre los objetivos cumplidos destacan “consolidar la presencia de SEMERGEN en Navarra y apostar por el desarrollo de la misma; servir como punto de encuentro e intercambio de experiencias entre profesionales de Atención Primaria (AP) de toda España, respecto al empleo de la técnica ecográfica en la práctica clínica habitual; potenciar su uso en este ámbito como una herramienta que aumenta la capacidad resolutoria de los equipos de AP y reforzar la acción formativa de los médicos residentes, fomentando su participación activa en las Jornadas mediante becas”, aseguró el Dr. José María Vázquez, presidente de SEMERGEN Navarra y del Comité Organizador.

Según Vázquez, “tras un buen estudio de la historia clínica del paciente y un riguroso reconocimiento físico, la exploración ecográfica, orientada al diagnóstico en Atención Primaria, ha llegado para quedarse y aporta no sólo calidad, sino una mejor aproximación diagnóstica, una toma de decisiones más adecuada y un aumento de la capacidad de resolución de los equipos”.

El Dr. Nabor Díaz, responsable de Comunicación Intercomunitaria del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN, explicó que “la evolución de la ecografía en Atención Primaria la marca la amplia implantación de ecógrafos en los Centros de Salud, en todas las CCAA de España, y la diversa formación en ecografía de sus médicos”.

El Dr. Nabor Díaz, responsable de Comunicación Intercomunitaria del Grupo de Trabajo de Ecografía de SEMERGEN, explicó que “la evolución de la ecografía en Atención Primaria la marca la amplia implantación de ecógrafos en los Centros de Salud, en todas las CCAA de España, y la diversa formación en ecografía de sus médicos”.

El ecógrafo del futuro

En mesas redondas, talleres prácticos y defensa de comunicaciones se abordaron diferentes cuestiones relacionadas con la ecografía, con el fin de actualizar los conocimientos de los médicos de familia, no sólo para mejorar el uso de sus ecógrafos sino también para saber cuándo puede solicitar una ecografía o saberla interpretar.

El Dr. Nabor Díaz destacó la presencia de médicos jóvenes, "que saben que la ecografía -denominada el ecógrafo del futuro- estará presente en todos y cada uno de los médicos de todas las especialidades, cada vez con ecógrafos de tamaño más reducido. De hecho, podemos adelantar que, en unos pocos años, no habrá médico que no disponga, en su bata, de un ecógrafo del tamaño de un móvil". Una de las grandes novedades de este encuentro estuvo en su orientación hacia el residente, como futuro de la medicina, siguiendo la hoja de ruta de SEMERGEN, con la finalidad de conseguir una sociedad científica que les resulte atractiva. Este año, por primera vez en las seis ediciones, se organizó una sesión pre-jornadas dirigida a MIR y profesionales que no tienen ninguna experiencia en este campo. Durante más de 3 horas, se abordó la sistemática de exploración ecográfica abdominal, la exploración ecográfica musculoesquelética, la ecocardiografía y vascular básica, así como la ecografía de urgencias, entendida desde el e-Fast y la pleuropulmonar.

Durante las Jornadas, se realizaron sesiones de ecografía abdominal, musculoesquelética y cardiovascular, con diferentes niveles; se estudió la evolución y expansión de la técnica ecográfica; se llevó a cabo una mesa sobre ecografía Cardio-Vascular-Pulmonar y un taller de ecografía de urgencias. También como novedad tuvo lugar una mesa redonda sobre el abordaje del desarrollo de nuevos modelos formativos en ecografía en Atención Primaria y Urgencias en Portugal, Madrid, Andalucía y Navarra.



Sesión pre-jornadas, dirigida a MIR y profesionales sin experiencia en este campo. ▲

Dr. José María Vázquez, presidente de SEMERGEN Navarra y del Comité Organizador. ▼





El sobrepeso y el dolor infantil, en las XXI Jornadas de Pediatría de Atención Primaria

Dar respuesta a mitos y cuestiones habituales sobre alimentación en Pediatría y ofrecer herramientas para mejorar la prevención y el tratamiento del exceso de peso infantil, fueron los objetivos de la primera sesión de las XXI Jornadas de Pediatría de Atención Primaria, que se celebró el 9 de mayo en el Colegio de Médicos de Navarra.



El pediatra, escritor y divulgador Carlos Casanova ofreció a los pediatras consejos para prevenir y tratar la obesidad infantil.

En este primer día, la Dra. Manuela Sánchez Echenique, tesorera de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), presentó los últimos indicadores de nutrición de Navarra. Según ANPE, "a pesar de tener gran variedad de alimentos y amplio conocimiento sobre nutrición y fisiología del cuerpo humano, más de la mitad de la población española y buena parte de nuestra infancia presenta sobrepeso u obesidad". Por tanto, la obesidad representa un problema médico, social y económico. La Jornada contó, además, con una conferencia del pediatra, escritor y divulgador Carlos Casanova, que aportó herramientas para mejorar la prevención y el tratamiento del exceso de peso infantil.

El cambio de costumbres acaecido en la alimentación ha sido muy rápido, "alentado por una potente industria alimentaria que, en muchas ocasiones, ha causado confusión y mensajes contradictorios", aclara la Dra. Sánchez Echenique.

Mitos en alimentación infantil

En esta sesión se dieron respuesta a mitos y cuestiones habituales sobre alimentación en Pediatría como la sobreabundancia de alimentos procesados, mucho más fáciles de cocinar, con periodos de conservación más elevados y precios cada vez más asequibles, que ha llevado a muchas familias a decantarse por ellos. Además la comida procesada está diseñada para ser gustativamente más apetecible, con cantidades añadidas de grasas, sal y azúcar, lo que induce a nuestro cerebro a comerla con frecuencia. "En definitiva, el balance entre ingesta calórica y gasto energético se ha visto seriamente trastornado por todos estos condicionantes, acarreado un incremento de la incidencia de obesidad en los últimos años, afectando sobre todo a las clases sociales económicamente más desfavorecidas".

Para ANPE, "tratar el exceso de peso infantil requiere de tiempo, paciencia y empatía. Su abordaje se debe hacer desde la primera visita al recién nacido y requiere un equipo multidisciplinar para su tratamiento. El equipo de Pediatría de Atención Primaria, compuesto por Pediatra y Enfermero/a, se encuentra en una situación privilegiada para el abordaje inicial y, sobre todo, para la prevención". Según ANPE, "precisamos de la creación de estrategias reales en las que todas las instancias se vean implicadas en una medida eficaz frente a la lucha contra el exceso de peso infantil".

Miedo al dolor

El dolor y el miedo al dolor provocan gran parte del sufrimiento que un niño padece cuando acude a un centro sanitario. Ambos pueden estar presentes a su llegada al centro sanitario o bien ser provocados o inducidos por pruebas diagnósticas o terapéuticas que precise el paciente.

El objetivo de la segunda sesión, organizada por ANPE el 16 de mayo, fue concienciar sobre la importancia de la valoración, prevención y tratamiento del dolor y de la ansiedad en el paciente pediátrico en relación al entorno sanitario. Para ello, se repasaron los instrumentos existentes para la evaluación del dolor, los aspectos farmacológicos de los diferentes analgésicos y se enseñaron diferentes estrategias de prevención del dolor y la ansiedad ante procedimientos que se prevén dolorosos en una consulta de Atención Primaria.

Se contó con la presencia de María Concepción Míguez Navarro, pediatra de Urgencias en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) y coordinadora del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEUP (Sociedad Española de Urgencias Pediátricas).



SONARE: Jornada de Reumatología para pacientes

La Sociedad Navarra de Reumatología (SONARE) organizó, en colaboración con el Colegio de Médicos de Navarra, la primera "Jornada Reumatológica para pacientes", que tuvo lugar el 18 de mayo en la sede colegial.

Unos 70 asistentes pudieron mejorar su conocimiento sobre las enfermedades reumáticas de la mano de reumatólogos de Navarra, que explicaron cómo afrontar distintas enfermedades, los órganos que afectan, cuándo acudir al reumatólogo, las novedades terapéuticas, hábitos de vida, dieta, ejercicio y discapacidades que pueden ocasionar.

Los asistentes pudieron, además, preguntar a los expertos al final de la Jornada, que duró más de tres horas.

El IV Congreso AMINE reunió, en el Colegio de Médicos, a más de 150 neurofisiólogos

Del 23 al 25 de mayo, el Colegio de Médicos de Navarra acogió el IV Congreso de la Asociación de Monitorización Intraquirúrgica Neurofisiológica Española, AMINE, y el IV Curso Avanzado de Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria dedicado a la monitorización de las cirugías de nervio periférico.



◆ Trini Díaz

El Congreso AMINE abordó tanto temas rutinarios del día a día como las últimas novedades de la actualidad neurofisiológica. Expertos de reconocido prestigio nacional e internacional hablaron sobre fisiología de la visión, reflexología en quirófano o escoliosis. Hubo también espacio para la ética, los aspectos legales de la monitorización y la seguridad en el quirófano.

Aspectos legales de la monitorización

El Dr. Rafael Teijeira, presidente del Colegio de Médicos de Navarra y director del Instituto de Medicina Legal de Navarra, inauguró el Congreso e impartió una ponencia sobre los aspectos legales de la monitorización. Se refirió a un documento de consenso elaborado por el Colegio de Médicos de Barcelona sobre las recomendaciones para la aplicación correcta de la monitorización neurofisiológica intraoperatoria, considerada como "un acto médico complejo desde el punto de vista técnico e interpretativo". Implica, además, un alto grado de responsabilidad clínica por lo que "tiene que ser realizado por un médico con formación en neurofisiología intraoperatoria".

Añadió que las responsabilidades durante la monitorización incluyen la supervisión directa de las cuestiones técnicas; la interpretación de los datos y el diagnóstico

diferencial; la colaboración con el equipo multidisciplinar en el caso de que el paciente necesite intervención terapéutica tras un daño; la supervisión directa del técnico si no la realiza el neurofisiólogo; y la comunicación continua con los otros especialistas. Tras la monitorización, "se debe acreditar la actuación en la historia clínica".

Por último, recordó que AMINE y la Sociedad Española de Neurofisiología Clínica prevén un aumento, en número y complicación, de las técnicas y más profesionales formados y dedicados a la MNIO en los próximos años, por lo que enfatizó la necesidad de "definir unos estándares de calidad sobre quién realiza los procedimientos, cómo y por qué, y un modelo a seguir en las técnicas y equipos neurofisiológicos precisos o básicos para cada tipo de intervención quirúrgica".



Dr. Javier Urriza, neurofisiólogo del Complejo Hospitalario de Navarra y presidente del Comité Organizador.

¿Qué preocupa a los neurofisiólogos?

El Dr. Javier Urriza, neurofisiólogo del Complejo Hospitalario de Navarra y presidente del Comité Organizador del Congreso, subrayó que la Asociación AMINE trabaja en dos líneas básicas: "la multispecialidad como motor del equipo quirúrgico y la mejora de la calidad asistencial mediante la presentación de guías de actuación y novedades en monitorización".

Entre los asuntos que, en la actualidad, más preocupan a los neurofisiólogos, el Dr. Urriza destaca "la formación, la necesidad de contar con consentimientos informados y bases legales de responsabilidad y el desarrollo de nuevas técnicas basadas en el mejor conocimiento de la fisiología".

El Congreso ha hecho visible una especialidad poco conocida y ha sido el altavoz para extender un mensaje a profesionales y sociedad: "Que los neurofisiólogos podemos estar presentes en cualquier cirugía en la que haya posibilidad de daño nervioso intraquirúrgico para poder ayudar a realizar mejores y más seguras cirugías, minimizando el riesgo de lesión neurológica para el paciente. La aportación que podemos hacer es muy importante, ya que disminuimos el riesgo de las secuelas post-quirúrgicas de estas cirugías", concluye el Dr. Urriza.



Asistentes al Congreso.

Balance positivo y prometedor en Navarra

El consejero de Salud Fernando Domínguez destacó, en la inauguración del Congreso, la actividad desarrollada por la sanidad pública navarra en el campo de la neurofisiología intraoperatoria. El Complejo Hospitalario incorporó de forma rutinaria hace ya más de diez años la Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria como técnica de seguimiento de pacientes para evitar posibles daños en estructuras nerviosas durante el desarrollo de operaciones con riesgos de afectación neuronal. "El balance –dijo Domínguez– es ciertamente positivo y prometedor: más de 1.600 pacientes han sido monitorizados en los quirófanos del CHN, gracias a la alta especialización de nuestros profesionales".

Asimismo recordó el reconocimiento al Complejo Hospitalario de Navarra por parte de destacados profesionales de ámbito nacional e internacional, especialistas de las áreas de Neurofisiología y Neurocirugía, Traumatología, Neurología y Anestesia, por la implantación y desarrollo de una novedosa técnica de monitorización consistente en una visualización alternativa de ciertos dipolos que muestran la despolarización eléctrica cerebral y que mejoran la monitorabilidad en muchos casos.

En opinión del consejero de Salud, "son muchos los retos que deberá afrontar la medicina moderna para su desarrollo futuro pero, sin duda, los logros más destacados pueden venir de la mano de la neurofisiología y, más concretamente, de su capacidad para seguir desarrollando nuevas técnicas que eleven la seguridad y eficacia de la actividad clínica y, por ende, mejoren la calidad de vida de la población".

Congreso **AMINE**

Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria: ¿En qué consiste?

Por
Javier Urriza,

Neurofisiólogo del Complejo
Hospitalario de Navarra.

El objetivo de la Monitorización Neurofisiológica Intraoperatoria es la identificación durante la cirugía de cualquier alteración en el sistema nervioso que nos permita una intervención temprana para evitar daños neurológicos irreversibles. Esto se realiza mediante dos tipos de técnicas: técnicas de mapping, que identifican de forma puntual en el tiempo estructuras en riesgo, y técnicas de monitorización propiamente dichas, que consiguen una vigilancia continua durante todo el tiempo de la cirugía de la integridad funcional del sistema nervioso. Lo que consigue al final es, en suma, incrementar la seguridad quirúrgica y mejorar la calidad de vida del paciente.

La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que aprovecha las propiedades eléctricas intrínsecas de los nervios para, clásicamente, poder realizar el diagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso mediante el uso de tecnología. No obstante, además de esta vertiente diagnóstica, se está desarrollando en los últimos tiempos otra más desconocida que utiliza las técnicas neurofisiológicas para valorar en tiempo real el estado de las funciones neurológicas durante una cirugía.

En todas las cirugías existe un riesgo intrínseco de que ocurran efectos secundarios o secuelas debidas al acto quirúrgico en sí y que no se pueden prever. La probabilidad de sufrir esos daños neurológicos como consecuencia de la operación es alta en cirugías que ponen en riesgo al sistema nervioso central o periférico, como son la mayoría de



Neurocirugía o muchas de Traumatología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Vasculat u otras.

Las lesiones del sistema nervioso son muy dependientes del tiempo: si no se pone remedio al daño en pocos minutos, la lesión se hace irreversible, estableciéndose de esta manera una secuela postquirúrgica, de mayor o menor importancia dependiendo de dónde se produzca el problema. Hasta hace unos años, esa lesión no podía ser detectada durante el acto quirúrgico, y sólo se podía descubrir cuando el paciente se despertaba y ya era demasiado tarde para revertir la situación.

Sin embargo, la llegada a los quirófanos de la neurofisiología intraoperatoria ha producido un cambio importantísimo: gracias a la neurofisiología, las lesiones intraquirúrgicas se pueden detectar a tiempo, y lo que es más importante, se pueden intentar corregir durante el propio proceso antes de que sea demasiado tarde. Aunque el riesgo cero no existe, al detectar el daño se comienzan inmediatamente a realizar maniobras de recuperación de la función nerviosa que hace que el daño se controle y la función vuelva a normalizarse.

De esta manera, se consigue que pacientes que de otra manera hubieran salido del quirófano con secuelas de diferente intensidad, tales como hemiplejias, paraplejias u otras, salgan del quirófano libres de efectos secundarios y puedan hacer una vida normal o con una calidad de vida aceptable para su estado previo.



“Ha supuesto uno de los mayores avances en los quirófanos modernos y una notable mejora en la seguridad quirúrgica del paciente”

Intervención mediante monitorización neurofisiológica realizada en el CHN.



Técnicas de mapping y de monitorización

Para realizar su tarea, la neurofisiología intraoperatoria se ayuda de dos tipos de técnicas: técnicas de mapping y técnicas de monitorización propiamente dichas. La monitorización es la vigilancia continua durante todo el acto quirúrgico, o dicho de otra manera, nosotros estamos trabajando a la vez que el cirujano y sin que éste tenga que dejar de operar; sin embargo, el mapping nos ayuda a localizar y diferenciar las estructuras en riesgo mediante la estimulación eléctrica, por lo que es necesario que el cirujano detenga la cirugía y realice la estimulación.

La fisiología nerviosa en un paciente despierto es totalmente diferente a la fisiología del paciente anestesiado, por lo que la monitorización intraquirúrgica presenta ciertas especificidades con respecto a la neurofisiología en la consulta. Esto implica que hay que adaptar los test al entorno quirúrgico, lo que en algunos pocos casos puede producir algunos efectos secundarios derivados de estas técnicas, como son la posible mordedura de la lengua, pequeñas quemaduras o crisis convulsivas puntuales. Todos estos efectos secundarios son muy escasos, fácilmente tratables y, en cualquier caso, un precio pequeño a pagar por el gran beneficio que produce la monitorización.

En resumen, la incorporación al quirófano de esta parte de nuestra especialidad ha supuesto uno de los mayores avances en los quirófanos modernos y una notable mejora en la seguridad quirúrgica del paciente, ya que permite guiar al cirujano en el proceso quirúrgico, mejorar la efectividad de la cirugía y sus porcentajes de curación y, sobre todo, minimizar los riesgos de lesiones y secuelas, mejorando de esta manera de forma muy importante la calidad de vida del paciente tras la operación.

¿Qué aporta?

La aportación de la neurofisiología intraoperatoria a nivel clínico es claro: al reconocer un posible daño inminente, permite adecuar la estrategia quirúrgica en tiempo real durante el mismo proceso y evita posibles secuelas que se hubieran producido. Todo ello permite estrategias quirúrgicas más agresivas con mayor seguridad y, por tanto, un mayor grado de curación. También nos ayuda a predecir el resultado quirúrgico, facilitando el manejo clínico del paciente en el postoperatorio inmediato.

Por otro lado, la neurofisiología intraoperatoria permite un mayor conocimiento de la funcionalidad normal y patológica del sistema nervioso y de cómo le afectan los procesos quirúrgicos, por lo que es importantísima para el ajuste de las estrategias intraoperatorias viendo cuáles son mejores y cuáles hay que cambiar, mejorando de esta manera los resultados de las operaciones.

También existe una vertiente formativa y educacional porque cuando, por desgracia, no se puede revertir el daño, permite entender por qué ocurrió y ajustar estrategias a futuro. Por último, es importante su capacidad de documentar el acto quirúrgico desde el punto de vista médico-legal, aunque en nuestro país no es aún una función muy desarrollada.

SE GRADÚA LA LX PROMOCIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA



Los alumnos de la LX promoción de la Facultad de Medicina celebraron su acto de graduación el sábado 25 de mayo. 196 estudiantes recibieron el diploma de manos de los profesores que han sido sus tutores durante los últimos años y terminaron así su etapa universitaria, acompañados por familiares y amigos.

El Dr. José Luis del Pozo, padrino de la promoción, dirigió unas alentadoras palabras a los nuevos médicos, destacando la importancia que tendrá su trabajo en el futuro: "Vais a cambiar, al menos, la vida de todos vuestros pacientes y de sus seres queridos. Tenéis el poder de cambiar el mundo pero eso no es suficiente. La pregunta que os debéis hacer es cómo queréis que el mundo sea una vez lo hayáis cambiado".

El Dr. Alberto Lafuente –primero por la izquierda–, vicepresidente del Colegio de Médicos, en el acto académico. ▲

UN ÉXITO BASADO EN LA HUMILDAD

Tras prestar el juramento hipocrático, que proclamaron con el Dr. Alberto Lafuente, vicepresidente del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, tomaron la palabra Juan Añón y Enar Recalde en representación de los alumnos. Repasaron los seis años compartidos y se despidieron con un deseo para sus compañeros: "Que nos demos cuenta de que los médicos solo somos una persona más, llena de limitaciones, pero que tenemos la oportunidad de enfrentarnos ante la complejidad de una persona enferma, y de que tenemos herramientas para hacerlo. Pero que tampoco nos olvidemos de que estamos rodeados

de un equipo, sin compartimentos estancos, conformado por médicos pero también por profesionales de la enfermería, auxiliares, farmacéuticos... y siempre centrados en una persona, no en una enfermedad".

Cerró el acto académico el Dr. Secundino Fernández, decano de la Facultad de Medicina, e invitó a los graduados a trabajar, de ahora en adelante, pensando siempre en el bien de los demás: "Allá donde dirijáis vuestros pasos en el futuro, no penséis en lo que pueden hacer por vosotros sino pensad en lo que podéis hacer vosotros por los demás. Esa es la clave del éxito".

196 alumnos celebraron la culminación de sus estudios universitarios y proclamaron el Juramento Hipocrático con el Dr. Alberto Lafuente. ▼



Cambio climático e infecciones transmitidas por vectores en España

◆ **Carlos Gómez Ibáñez**

Residente de 4º
año de Medicina
Preventiva y
Salud Pública.

El cambio climático (CC) es uno de los mayores problemas que afronta la humanidad. La OMS lo define como “cambio de clima atribuido directa o indirectamente a la actividad humana que altera la composición de la atmósfera mundial y que se suma a la variabilidad natural del clima observada durante periodos de tiempo comparables”. Está causado por la emisión masiva a la atmósfera de dióxido de carbono, metano, óxido nitroso y clorofluorocarbonos, producidos por la quema de combustibles fósiles, la deforestación, el desarrollo de la ganadería, los fertilizantes nitrogenados y los gases fluorados industriales. Estos gases generan el efecto invernadero, responsable del calentamiento global del planeta.

En España, entre 1970 y 2000, se ha producido una elevación general de la temperatura media anual de 1,53 °C, ha habido un descenso de las precipitaciones, un descenso de días al año de nieves de un 41% y un incremento significativo de los días de temperaturas máximas superiores a 25 °C. En zonas más extremas, como en los Pirineos, se ha registrado un incremento de la temperatura media de 1,2 °C y en los escenarios previstos para este siglo XXI se prevé un incremento de 0,4 °C por década en invierno y de 0,6 a 0,7°C en verano. Las consecuencias del CC son diversas y entre ellas está la transmisión de enfermedades vectoriales.

EFFECTOS DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN VECTORES

Mosquitos y flebotomos:

- Incremento de las zonas de cría, así como la vegetación que les es propicia para su reproducción.
- Aceleración en el desarrollo del vector. La metamorfosis huevo-adulto es más rápida y los adultos son más pequeños por lo que las hembras necesitan alimentarse más para poner huevos.
- Disminución del periodo extrínseco (tiempo que transcurre entre que el vector adquiere el agente infectante y es capaz de transmitirlo).
- Aumento de la supervivencia y amplitud del periodo de acción del vector.
- Se afectan los límites de transmisibilidad: 14°-18° como límite inferior y 35°-40° como superior.
- Colonización de especies exóticas invasoras de mosquitos.
- Cambio de su distribución geográfica hacia zonas inicialmente no favorables.

Garrapatas:

- Son muy sensibles a mínimos cambios de temperatura.
- Pueden sobrevivir a temperaturas de hasta -7 °C, recuperando la actividad vital a los 4-5 °C.
- Un leve cambio climático podría aumentar la población de garrapatas, extender el período estacional de transmisión y desplazarse la distribución hacia zonas más septentrionales.

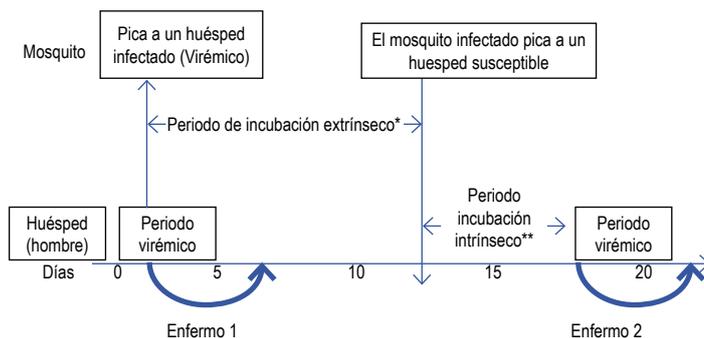
“En España, entre 1970 y 2000, se ha producido una elevación general de la temperatura media anual de 1,53 °C”

INFECCIONES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

Paludismo:

Infección causada por un parásito denominado Plasmodium que se transmite a través de la picadura de un mosquito hembra del género Anopheles. En España existe el An. Atroparvus, capaz de transmitir P. Ovale y Vivax (no Falciparum). Estos plasmodium pueden desarrollarse a temperaturas de 22° y 25° respectivamente. La temperatura óptima para el desarrollo del mosquito es de 20-30° y existe riesgo de transmisibilidad entre 15°-38°. En España se han notificado dos casos de paludismo autóctono (2010 y 2014). Existe pues riesgo de transmisión dada la presencia de personas con parasitemia debido a la globalización mundial, la presencia de un vector capaz de transmitir la enfermedad y la existencia de temperaturas óptimas. Las predicciones para el año 2050 reflejan como escenario de transmisión palúdica a toda la costa Marroquí. Así, cabría la posibilidad de que vectores africanos susceptibles a cepas de Plasmodium tropicales pudieran invadir la parte sur la Península Ibérica.

Esquema de la dinámica de la transmisión de enfermedades víricas transmitidas por Aedes



* **Periodo de incubación extrínseco**: el tiempo que transcurre entre que el mosquito adquiere el virus a partir de una persona infectada hasta que el mosquito es capaz de transmitir el virus a la persona susceptible.

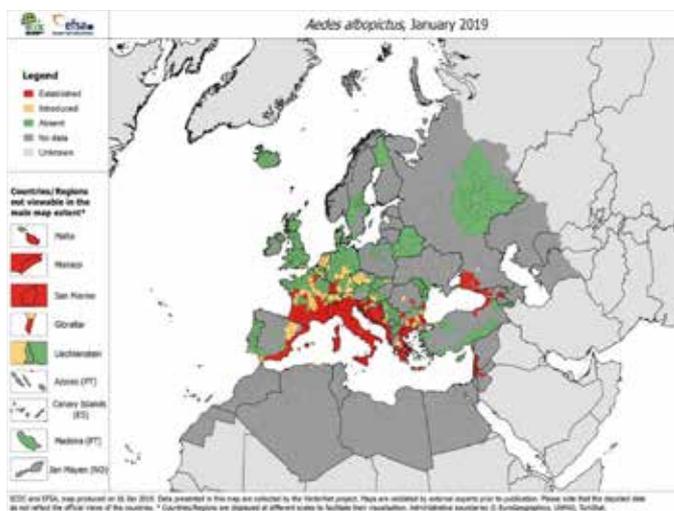
** **Periodo de incubación intrínseco**: periodo que va desde que un mosquito infectado pica al hombre hasta que este desarrolla los primeros síntomas.

Tomado del Plan Nacional de preparación y respuesta frente a enfermedades transmitidas por vectores.

Fiebre Chikungunya:

Causada por un Alphavirus, de la familia Togaviridae y transmitido por la picadura de mosquitos tropicales Ae. Aegypti y Ae. Albopictus. A pesar de que en España no hay casos documentados de transmisión autóctona, el riesgo existe. Desde 2004 tenemos al vector Ae. Albopictus (mosquito tigre) en nuestro territorio. Se atribuye al transporte internacional de neumáticos usados que el mosquito fuera introducido en España. Además, tenemos temperaturas idóneas para el desarrollo del mosquito así como grandes núcleos urbanos, hábitat predilecto del mismo. Si a ello le añadimos la presencia de personas con enfermedad importada, se reúnen todos los condicionantes para la transmisión. Las condiciones climáticas idóneas para el desarrollo de este mosquito son: más de 500 ml/año, más de 60 días de lluvia/año, temperatura media del mes frío superior a 0°C, temperatura media del mes cálido superior a 20°C, temperatura media anual superior a 11°C. El mosquito pone huevos en cualquier lugar de dimensiones pequeñas que contenga agua (neumáticos, macetas, latas, cubos, platos de macetas, desagües, bebederos de mascotas...). A medida que han ido colonizando áreas más frías, los huevos han desarrollado adaptaciones a las temperaturas extremas. Son capaces de conservar su viabilidad durante inviernos en los que se produzcan heladas puntuales de -10°C. Se han descrito incluso episodios de actividad hematofágica y ovipositoria en plenos meses invernales, en la provincia de Murcia. Las zonas más adecuadas climáticamente para el desarrollo de este vector en España serían Galicia, toda la cornisa del Cantábrico, región Subpirenaica, Cataluña, Delta del Ebro, cuenca del Tajo, cuenca del Guadiana y desembocadura del Guadalquivir. Además, se han descrito casos de transmisión transovárica en zonas endémicas (el mosquito transmite la capacidad infectante a sus crías).

“Las consecuencias del cambio climático son diversas y entre ellas está la transmisión de enfermedades vectoriales”



Dengue:

Enfermedad causada por un Flavivirus transmitido por la picadura del mosquito *Ae. Aegypti* y *Ae. Albopictus*. Entre 2015 y 2017 se han dado 561 casos importados de Dengue, el 60% en CCAA con presencia del vector. En 2018, se registran por primera vez 6 casos autóctonos en España: 3 casos (familiares entre sí) habían estado en agosto en Murcia y Cádiz; 2 casos en octubre, también familiares entre sí, que residían en Murcia; y, por último, en noviembre, aparece otro caso en Barcelona. La transmisión transovárica también se ha descrito en el Dengue en, al menos, 14 países endémicos.

Zika:

Virus perteneciente al género Flavivirus. Transmitido por la picadura del mosquito *Ae. Aegypti* y *Ae. Albopictus*. En España, se comienza a vigilar el virus en 2016, registrándose 403 casos de Zika importados. Hasta el momento, no hay registrados casos autóctonos, pero el riesgo existe, pues tenemos el vector, el clima propicio y el trasiego de población con viremia.

Virus del Nilo occidental:

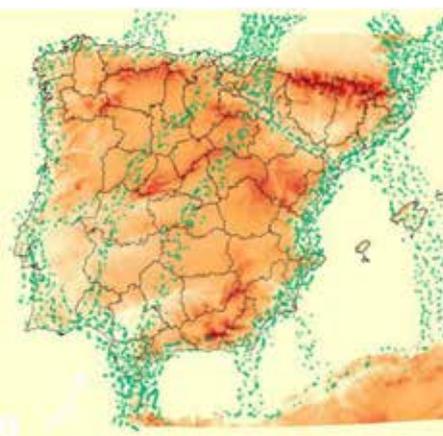
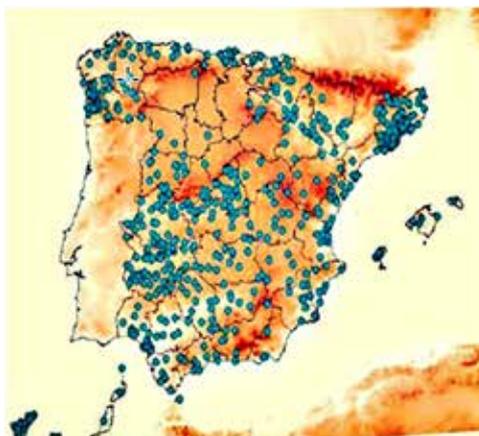
Enfermedad producida por un virus del género flavivirus, que tiene como reservorio las

aves. Transmitido por la picadura del mosquito *Culex pipiens* (mosquito común). Este mosquito tiene la capacidad de transmisión transovárica del virus. Su hábitat son aguas permanentes estancadas. La temperatura por debajo de 0°C los mata en pocos días; hasta 10°C entran en un estado de hibernación y permanecen vivos pero sin actividad. Las temperaturas óptimas son las comprendidas entre 25 y 35°C. En 2018 se identificó en Asturias un nuevo vector invasor capaz de transmitir la enfermedad. Se trata del mosquito *Aedes Japonicus*, procedente de Japón, Corea, Taiwán y sureste de China y Rusia. También se ha visto en laboratorio que puede transmitir Zika y Dengue. En España se han dado 2 casos autóctonos en 2010 y 3 casos en 2016. La introducción del VNO está relacionada con el paso de las aves migratorias con destino/origen África. En España estas aves se congregan en torno a humedales, especialmente propicios para la existencia del vector. En este caso, el aumento de las temperaturas del CC no solo afectarían al vector, sino también al comportamiento de las aves migratorias. Estas se quedarían en nuestros humedales, transmitiéndose la infección entre ellas y entre la población aviar autóctona, aumentando así el reservorio y el riesgo de infección en humanos.

Tomado de: Informe de Situación y Evaluación del Riesgo de la Fiebre por el Virus del Nilo Occidental. Octubre, 2017. Centro de Coordinación y Emergencias Sanitarias (CCAES), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Distribución mosquito *Cu. Pipiens* ▼

Rutas de aves migratorias ▼

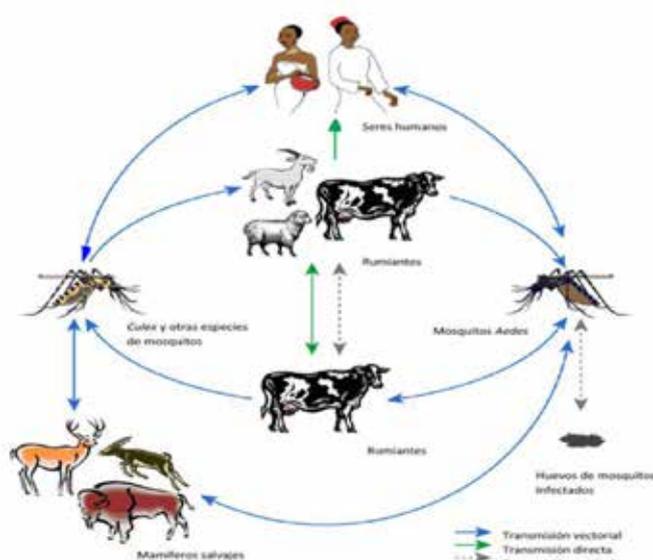


Fiebre del valle del Rift:

Enfermedad endémica en África con excepción del Magreb. Causada por un Phlebovirus. Afecta a ganado rumiante, principalmente doméstico. El hombre se contagia por contacto con sangre u órganos de animales infectados y por la picadura de mosquitos infectados (Culex y Aedes). En España no se han notificado casos de esta enfermedad, aunque el riesgo existe por varias razones:

- Posible introducción en el Magreb, Ceuta o Melilla de ganado infectado de regiones endémicas africanas para los sacrificios rituales musulmanes y, desde aquí, pasar a la península.
- Introducción de vectores infectados o sus huevos.
- Llegada de viajeros con viremia, ya que el vector ya lo tenemos presente (Culex y Aedes).

“El incremento de la temperatura aumenta el periodo de actividad de los vectores y la adaptación de nuevas especies invasoras exóticas de mosquitos”



FUENTE: Informe de situación y evaluación del riesgo para España de la fiebre del valle del Rift

INFECCIONES TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS

Enfermedad de Lyme:

Causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi* y transmitida por la garrapata *Ixodes ricinus*. En España existen zonas endémicas como La Rioja, Navarra, Norte de Castilla y León, Asturias, Cantabria y País Vasco. La *Ixodes ricinus* es muy sensible al calentamiento climático y los modelos proyectan que la especie seguramente desaparecería del país, aunque podrían quedar poblaciones recluidas en las zonas más frías de Asturias y Cantabria.

Fiebre botonosa mediterránea:

Enfermedad endémica en España. Causada por *Rickettsia conorii* y transmitida por la especie de garrapata *Rhipicephalus sanguineus*. Su tasa de transmisión se dispara en los meses más cálidos y zonas más áridas, por lo que la tendencia climática prevista prolongaría la temporada de transmisión. El incremento de las temperaturas debidas al cambio climático, podría eliminar de nuestra geografía la garrapata, desplazándose ésta más al norte de Europa donde las temperaturas serían más templadas.

Fiebre hemorrágica Crimea-Congo:

Causada por un *Nairovirus* de la familia *Bunyaviridae* y transmitida por la picadura de una garrapata infectada del género *Hyalomma*. Endémica en Asia, África y este de Europa. Afecta a animales y humanos. También puede transmitirse por exposición directa de piel o mucosas no intactas al ganado infectado durante el sacrificio o desollado de animales víremicos. La *H. marginatum* se activa con el aumento de la temperatura, siendo su mayor actividad en los meses de primavera y verano. La cantidad de vapor de agua en la atmósfera es el factor de mayor importancia en la supervivencia de la garrapata. La disminución de vapor de agua asociada al incremento de temperaturas, reduciría considerablemente la viabilidad del vector. En el año 2016 se

produce en España el primer caso autóctono de la enfermedad. Además, este caso propició un caso secundario por infección de una trabajadora sanitaria. Así, España es un país con riesgo de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo por:

- Traslado de aves migratorias africanas infectadas o portadoras de garrapatas infectadas.
- Movimiento de ganado infectado o portador de garrapatas infectadas.
- Presencia del vector implicado en la transmisión. Se ha confirmado la presencia de virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en garrapatas capturadas sobre animales silvestres en municipios de siete comarcas estudiadas de las CCAA de Castilla-La Mancha, Castilla y León y Madrid.
- Condiciones climáticas similares a las zonas donde se ha evidenciado la circulación de este virus.

“Navarra es zona endémica de la Enfermedad de Lyme, transmitida por la garrapata *Ixodes ricinus*”

INFECCIONES TRANSMITIDAS POR FLEBOTOMOS

Leishmaniasis:

Enfermedad endémica en nuestro país. El perro es el reservorio y se transmite por la picadura de dípteros del género *Phlebotomus* (*P. perniciosus* y *P. ariasi*) infectados por *Leishmania infantum*. El incremento de las temperaturas permitiría instalar al vector en el norte de la península, donde actualmente está ausente.

Virus Toscana:

Arbovirus que se transmite por la picadura de *P. perniciosus*. No se conoce ningún reservorio vertebrado y se ha descrito la transmisión transovárica del virus, por lo que el propio vector actúa como reservorio. En España se han dado 36 casos entre 1988-2002 y 40 casos entre 2002-2007. La preocupación actual sobre este virus radica en las posibles consecuencias epidemiológicas que pudiera tener la coincidencia del virus Toscana y *L. infantum* en el mismo vector.

CONCLUSIONES

- El incremento de temperatura aumenta el periodo de actividad de los vectores.
- En el caso de mosquitos y flebotomos:
 1. Aumenta su supervivencia: Más vectores.
 2. Acelera el desarrollo del vector: Más vectores en menos tiempo.
 3. Reduce el periodo extrínseco: Más tiempo infectantes.
 4. Desplazamiento del vector a zonas hasta ahora libres del mismo.
 5. Adaptación de especies invasoras exóticas: *Aedes Albopictus* y *Japónicus*.
- En el caso de las garrapatas, el aumento de temperaturas eliminaría la población de las especies causantes de enfermedades en nuestro país, al ser estas muy sensibles a los cambios de temperaturas.

El descremado sociológico de la **atención primaria** española

“La crítica situación actual de la atención primaria es fruto de un crónico proceso de deterioro y debilitamiento por abandono debido a la inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas”



Juan Simó,
Médico de familia. CS.
Rochapea.
Pamplona.

Las instituciones públicas pierden utilidad cuando son incapaces de hacer individualmente atractivo lo socialmente conveniente. La crítica situación actual de la atención primaria es fruto de un crónico proceso de deterioro y debilitamiento por abandono debido a la inacción continuada de nuestras instituciones políticas, sanitarias y académicas que han hecho bien poco en las últimas dos décadas para que nuestra atención primaria sea individualmente más atractiva siendo, como es, socialmente muy conveniente. La situación empeora y pierden legitimidad cuando de la pasividad pasan a la acción y potencian tal deterioro con actuaciones que debilitan todavía más a la atención primaria.

La asistencia sanitaria pública en España es dual. Una *dualización* que arranca en el origen totalitario de nuestra sanidad pública. Con este origen pretendió romper la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. La norma mandaba integrar en el Sistema Nacional de Salud (SNS) la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos bajo cobertura sanitaria de los diversos subsistemas de financiación pública hasta entonces existentes. Pero la Ley se incumple desde entonces por la inacción de unas instituciones demasiado sensibles al interés de unas élites influyentes, lo que ha hecho que estos subsistemas, originados en pleno franquismo o en sus estertores, persistan hasta fechas recientes (1).

En el ámbito nacional destacaron subsistemas como el de las Empresas Colaboradoras (1966-2008) y el Mutualismo Administrativo de Mumpal (1960-1993), Muface (1975), Isfas (1975) y Mugeju (1978). De todos ellos, persiste el Mutualismo Administrativo de Muface, Mugeju e Isfas con poco más de 2 millones de beneficiarios. En el ámbito autonómico destacaron subsistemas como el de la Asociación de la Prensa de Madrid (1973-2016), o el de los Montepíos de la Administración Pública de Navarra (1973-2015).

Mantener hasta fechas recientes estos subsistemas, y todavía hoy el del Mutualismo Administrativo, no sólo incumple la LGS, también genera problemas de equidad y eficiencia. En primer lugar, produce desigualdades no relacionadas con la necesidad sanitaria en la provisión, estabilidad del aseguramiento, cartera de servicios, copago, acceso y utilización de los servicios sanitarios financiados públicamente. En segundo lugar, favorece la selección de riesgos clínicos (2) o farmacéuticos (3) debido a duplicidades legales o ilegales de cobertura o a la capacidad que tienen sus beneficiarios para elegir entrar, salir de estos subsistemas para cambiarse al

SNS y volver a entrar de nuevo, prácticamente en cualquier momento y a conveniencia.

Otra consecuencia es el *descremado* sociológico de la atención primaria secundaria a esta *dualización* (4). En efecto, estos subsistemas conllevaron una atención sanitaria de provisión privada financiada con dinero público pero sin atención primaria. A ellos accedieron, y todavía acceden, sectores sociales relativamente privilegiados, con mayor nivel educativo, de renta, y con mayor peso e influencia política y mediática. Sectores que no se han sentido nunca concernidos por los problemas de la atención primaria, sencillamente porque la misma nunca figuró en el esquema de atención de estos subsistemas cuyos beneficiarios consultan directamente a la medicina especializada privada cuando y cuanto estiman conveniente, en un contexto de pago por acto con cargo al erario público.

Esta *dualización* ha privado a la atención primaria del potente estímulo a la mejora de la calidad del servicio que ejercen los usuarios más exigentes, influyentes e informados. Piénsese, por ejemplo, en la tipología del colectivo mutualista: jueces, secretarios judiciales, profesores de todos los niveles educativos, investigadores, altos cargos de la administración central, mandos de cuerpos y fuerzas de la seguridad del Estado, oficiales de las fuerzas armadas, inspectores de trabajo y de hacienda, diplomáticos, etc.

Los recortes de la crisis, mucho más intensos en la atención primaria que en la especializada (5), han servido para que se quitaran definitivamente la careta quienes deciden dónde va el dinero. No han querido nunca a la atención primaria. Sólo la consideran un dique de contención hacia especializada y una asistencia de bajo nivel para «la gente», no para ellos. Además de incumplir durante déca-

das la LGS, mantuvieron y ampliaron los beneficios fiscales a la compra de seguros médicos privados cuyo coste fiscal estimado (dinero no ingresado vía impuestos) es de 1.000 millones de euros anuales (6). Sabemos que el menor uso del sistema público que hace la población con seguro privado (7) no compensa el coste de su incentiación fiscal pues la pérdida de ingresos fiscales por la desgravación es mayor que el aumento de gasto sanitario público que produciría su ausencia (8).

El resultado es que más de 10 millones de españoles (sin contar los 2 de mutualistas ni los más de 4 con pólizas dentales) tienen algún tipo de seguro médico privado que compran no precisamente para cubrir el eventual ingreso hospitalario. Lo hacen para esquivar la parte ambulatoria del sistema y, en especial, para evitar tener que acudir a un médico de familia al que ven como un obstáculo que les dificulta el acceso a los «verdaderos» especialistas. Y así, es privado sólo el 7% del gasto sanitario hospitalario en España, mientras que es privado el 50% del gasto en atención ambulatoria (que incluye la atención primaria) (9). Esto indica sencillamente que el hospital público es universal en la teoría y en la práctica, efectivamente universal, aceptado y utilizado por todas las clases sociales. Algo que no le pasa a la atención primaria que ya se ha convertido en una especie de beneficencia «ampliada» evitada por casi todo el que puede.

Y por si todo esto fuera poco, pusieron en marcha hace muchos años las “regalías sanitarias” mediante las cuales se gastan anualmente decenas de millones de euros públicos en regalar seguros médicos privados a miembros o empleados (y familiares) de instituciones, empresas u organismos públicos (Banco de España, Televisión Española, Ayuntamientos, Cabildos, Diputaciones, Parlamentos

“Los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de ‘escape’ pagada o incentivada con dinero público, como alternativa a la atención primaria”

Autonómicos, etc.) pese a estar cubiertos por el SNS y su atención primaria (10).

¿Cómo van a querer la atención primaria si hasta Muface presume de tener un Gobierno de funcionarios? (11). ¿Cómo van a querer a la atención primaria si gran parte, y creciente, de los diputados del Congreso son funcionarios? (12, 13). También los parlamentarios autonómicos (14). No sorprende, pues, que el Mutualismo no haya sufrido recorte alguno por persona protegida durante la crisis (15) o que los seguros médicos privados vivan sus mejores años (16).

El deterioro institucional actúa como un Robin Hood inverso: mete la mano del copago en el bolsillo de los

pensionistas al tiempo que incentiva fiscalmente (o regala) unos seguros médicos privados que compran (o reciben) sujetos más ricos, jóvenes y sanos que los pensionistas. La solución no es retirar el copago, sino retirar los beneficios fiscales a quienes compran estos seguros y, por supuesto, no regalarlos a miembros o empleados de instituciones u organismos públicos.

La evidencia disponible (17, 18, 19, 20, 21) muestra diferencias en la visita ambulatoria al médico especialista y al médico de familia relacionadas con la renta de los individuos: mayor utilización del primero y menor del segundo en los sujetos de más renta, y viceversa. Los datos más recientes muestran (22) que son de clase media-baja

el 70% de quienes sólo tienen la sanidad del SNS. Mientras que son de clase media-alta el 87% de los mutualistas y el 68% de quienes disfrutan de un seguro médico privado. Estos dos últimos grupos consultan menos al médico de familia pero más al especialista que quienes sólo tienen la sanidad del SNS, pese a ser más jóvenes, sanos, ilustrados y ricos (22).

Como vemos, los sectores sociales más pudientes e influyentes sobre la opinión y el poder públicos tienen una vía de “escape”, pagada o incentivada con dinero público, como alternativa a la atención primaria. Es el *descremado* sociológico de la misma. Generado por la crónica *dualización* sanitaria y

potenciado durante las últimas dos décadas por la incentivación fiscal al seguro médico y por las “regalías sanitarias”. Un *descremado* permitido o potenciado por las instituciones, regado siempre con dinero público y causa principal del deterioro y debilitamiento de la atención primaria.

Y una atención primaria débil no puede contrarrestar correctamente la ley de cuidados inversos ni los efectos de una medicina de excesos (sobrediagnóstico, sobretratamiento, cascadas iatrogénicas, etc.) cada vez más prevalente en el sistema por la creciente fragmentación asistencial y mayor derivación entre servicios. Se resienten así la equidad y la calidad del sistema que ya padece un claro trastorno por déficit de atención (primaria) con hiperactividad (hospitalaria).

La inacción institucional es permisiva, cuando no culposa por acción, del paulatino proceso de deterioro por abandono de la atención primaria. La misma inacción que nos avergüenza de ser, junto con Italia, los únicos países europeos que a estas alturas del siglo XXI no tienen ningún departamento universitario de medicina de familia o de atención primaria (23). Pese a ello, los estudiantes de medicina valoran mucho sus prácticas en los centros de salud, más incluso que las que hacen en el hospital (24), pero al elegir especialidad prefieren el hospital al centro de salud (25).

Urgen medidas institucionales que miren por el bien común y no por el de privilegiados colectivos. Medidas que hagan individualmente atractiva la atención primaria, no sólo para los ciudadanos también para los profesionales, pues socialmente ha mostrado sobradamente su conveniencia en términos de equidad, resultados en salud y en eficiencia para el sistema y la población, lo que le ha valido una muy alta valoración en la investigación internacional comparada en servicios de salud en Europa (26).

Referencias bibliográficas

1. Simó J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF. 2015; 11: 504-511. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1470
2. L. Pellissé. Regulación de competencia en el mercado de seguros sanitarios español: Capitación y selección de riesgos en MUFACE, Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita, Asociación de la Economía de la Salud, ed. R. Meneu and V. Ortún (1996). Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_c6f16115737e435d8402eca369c188bd.pdf
3. Simó J. Copago en farmacia de receta en la sanidad pública española: certezas, riesgos y selección de riesgos. Aten Primaria. 2015; 47:669-673. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-copago-farmacia-receta-sanidad-publica-So212656715002504>
4. Simó J. El descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1179: 14-19. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_dc98a91d35f94799a4e21f3a03ccc9be.pdf
5. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Sexto año en UCI de la APS española y epicrisis. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/07/sexto-ano-en-uci-de-la-aps-espanola-y.html>
6. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Incentivo fiscal por comprar seguros médicos privados. Disponible en: <http://saludineroop.blogspot.com/2016/12/incentivo-fiscal-por-comprar-seguros.html>
7. López Nicolás A. Seguros sanitarios y gasto público en España. Un modelo de microsimulación para las políticas de gastos fiscales en sanidad. Papeles de trabajo del Instituto de Estudios Fiscales. Serie economía. Nº 12. 2001. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2001_12.pdf
8. López Nicolás A, Vera Hernández M. Are tax subsidies for private medical insurance self-financing? Evidence from a micro-simulation model. J Health Econom. 2008; 27:1285-98. Disponible en: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/823>
9. Ministerio de Sanidad. Sistema de Cuentas en Salud (SCS). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
10. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Regalías sanitarias: la oscura fuente de dualización. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/03/regalias-sanitarias-la-oscura-fuente-de.html>
11. Un gobierno de funcionarios. Revista Muface. 2012. nº 221. Disponible en: https://www.muface.es/revista/0221/En_Portada_Gobierno_de_funcionarios.html?utm_content=buffer6doc&utm_medium=social&utm_source=clp.com&utm_campaign=clp
12. La mayoría de los diputados son funcionarios y abogados. Cadena Ser. 14-12-2011. Disponible en: https://cadenaser.com/ser/2011/12/14/espana/1323823834_850215.html
13. El partido de los funcionarios ganó las elecciones. El Español. 18-1-2016. Disponible en: https://www.elespanol.com/espana/20160117/95370475_13.html
14. Freire JM. La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias. XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia., 22-25 junio 2010. Disponible en: <https://es.slideshare.net/AsociacionEconomiaSalud/jos-manuel-freire>
15. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Tras los recortes los políticos siguen cuidado más su sanidad cada vez mas que la de los demás. Disponible en: <https://saludineroop.blogspot.com/2018/06/tras-los-recortes-los-politicos-siguen.html>
16. Los seguros sanitarios en España viven sus mejores años. El Economista. 25-4-2018. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud-innovacion/noticias/9097463/04/18/Los-seguros-de-salud-en-Espana-viven-sus-mejores-anos.html>
17. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. Health Econ. 2008;17:185-202. Disponible en: <http://tinyurl.com/qjspbqq>
18. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. Health Policy 2012;104:193-9. Disponible en: <http://tinyurl.com/ozqyauk>
19. Aguilar I, Carrera P, Solsona S, Sartolo M.T., Rabanaque M.J. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. Aten Primaria 2016; 48:235-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-utilizacion-servicios-sanitarios-ancianos-espana-So212656715002115>
20. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006; 174: 177-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1329455/pdf/20060117500017p177.pdf>
21. Devaux, M, de Looper M (2012). Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009, *OECD Health Working Papers*, Nº 58, OECD Publishing, 2012. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5k95xd6stnxt-en.pdf?expires=1556626371&id=id&accname=guest&checksum=DFA268A456A-7FD31EB9B49C178056FC4>
22. Simó J. Últimas cifras del descremado sociológico de la atención primaria española. EL MÉDICO. 2017; 1180: 8-15. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/333ecd_8b5ad6e7babb-41d2a824492713e621ad.pdf
23. Casado V. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012;26(5):69-75. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-la-medicina-familiar-comunitaria-universidad--articulo-So21391111002767>
24. Rodríguez MC, Diez N, Alegre M, Arbea L et al. Valoración de tutores clínicos y estudiantes de medicina respecto a las rotaciones en centros de atención primaria y hospitales. Aten Primaria. 2016; 48: 210-2012. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-valoracion-tutores-clinicos-estudiantes-medicina-So212656715002103>
25. No quiero ser médico de familia. El País. 7-6-2010. Disponible en: https://elpais.com/diario/2010/06/07/sociedad/1275861601_850215.html
26. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe. World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf;jsessionid=5467050CA26256F6F3BC-6911F920F9F3?sequence=1>

CLEN College

BECAMOS TU EXAMEN CAMBRIDGE

Si te apuntas a los cursos intensivos de julio - agosto tendrás **las tasas para ese examen gratis.**

En CLEN College queremos que consigas tus metas ¡Este verano sácate el título!



INSCRIPCIÓN ONLINE

clencollege.es/intensivos-cambridge/

CURSOS INTENSIVOS JULIO - AGOSTO

Busca en el calendario tu convocatoria y haz tu matrícula online

EXAMEN	FECHAS	FECHAS EXAMEN	HORARIOS	LUGAR	PRECIO
FCE	15/07-21/08	22/08	A elegir entre 9h a 11h 11.15h a 13.15h 16h a 18h 18.15h a 20.15h	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	370€ <small>*+50€ de reserva *Examen becado (gratis)</small>
CAE	15/07-21/08	23/08	A elegir entre 9h a 11h 11.15h a 13.15h 16h a 18h 18.15h a 20.15h	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	370€ <small>*+50€ de reserva *Examen becado (gratis)</small>
CAE	29/07-06/09	07/09	A elegir entre 9h a 11h 11.15h a 13.15h 16h a 18h 18.15h a 20.15h	ROCHAPEA COLEGIO DE MÉDICOS MENDEBALDEA	435€ <small>*+50€ de reserva *Examen becado (gra</small>

CURSOS DE VERANO 2019

ADULTOS

PREPARACIÓN EXÁMENES EOI

Adultos

1º tanda del 29 de julio al 9 de agosto
2º tanda del 12 al 30 de agosto

EXÁMENES EOI EN INGLÉS

**15% DESCUENTO PARA FAMILIAS
NUMEROSAS ASOCIADAS
SOBRE PVP**

CURSOS REGULARES DE VERANO

Adultos

1ª tanda: del 15 al 26 de julio.
2ª tanda: del 29 de julio al 9 de agosto.
3ª tanda: del 12 al 23 de agosto.
4ª tanda: del 26 de agosto al 6 de sep.

CLASES EN INGLÉS, ALEMÁN Y FRANCÉS

**50% DESCUENTO PARA MÉDICOS,
DESEMPLEADOS Y UNIVERSITARIOS
EN CURSOS REGULARES SOBRE PVP**

**15% DESCUENTO PARA FAMILIAS
NUMEROSAS ASOCIADAS
SOBRE PVP**

INSCRIPCIÓN ONLINE

verano.clencollege.es

*DESCUENTOS NO ACUMULABLES
DISFRUTA DEL VERANO APRENDIENDO IDIOMAS

CURSOS DE IDIOMAS VERANO 2019

ADOLESCENTES (12 a 17 años)

CLASES REFUERZO VERANO

1º tanda del 29 de julio al 9 de agosto
2º tanda del 12 al 30 de agosto
3º tanda del 26 de agosto al 6 de sept.
CLASES EN INGLÉS, ALEMÁN Y FRANCÉS

DESCUENTO de 30 € PARA MÉDICOS E HIJOS DE MÉDICOS SOBRE PVP

DESCUENTO de 15% PARA FAMILIAS NUMEROSAS ASOCIADAS SOBRE PVP

CURSOS DE CONVERSACIÓN

1º tanda: del 15 al 26 de julio.
2º tanda: del 29 de julio al 9 de agosto.
3º tanda: del 12 al 23 de agosto.
4º tanda: del 26 de agosto al 6 de sep.
CLASES EN INGLÉS, ALEMÁN Y FRANCÉS

DESCUENTO de 30 € PARA MÉDICOS E HIJOS DE MÉDICOS SOBRE PVP

DESCUENTO de 15% PARA FAMILIAS NUMEROSAS ASOCIADAS SOBRE PVP

PREPARACIÓN EXÁMENES EOI

Adolescentes

1º tanda del 12 al 30 de agosto
EXÁMENES EOI EN INGLÉS

DESCUENTO de 30 € PARA MÉDICOS E HIJOS DE MÉDICOS SOBRE PVP

DESCUENTO de 15% PARA FAMILIAS NUMEROSAS ASOCIADAS SOBRE PVP

***DESCUENTOS NO ACUMULABLES**

INSCRIPCIÓN ONLINE

verano.clencollege.es

DISFRUTA DEL VERANO APRENDIENDO IDIOMAS



CAMPAMENTOS VERANO 2019

NIÑOS

EN INGLÉS

CAMPAMENTO ALLOZ

1º tanda del 21 al 26 de julio
2º tanda del 18 al 23 de agosto

NIÑOS (de 7 a 14 años)

ACTIVIDADES ACUÁTICAS: windsurf,
paddle sup, piragua, vela
ESCAPE ROOM al aire libre

PRECIOS CAMPAMENTO ALLOZ

- De 9h a 19h 210€
- Estancia Completa 320€

EN INGLÉS o FRANCÉS

CAMPAMENTO URBANO

HORARIO de 9H a 13h

- 1ª semana: del 15 al 19 de julio.
- 2ª semana: del 22 al 26 de julio.
- 3ª semana: del 29 de julio al 2 de agosto.
- 4ª semana: del 5 al 9 de agosto.
- 5ª semana: del 12 al 16 de agosto.
- 6ª semana: del 19 al 23 de agosto.
- 7ª semana: del 26 al 30 de agosto.
- 8ª semana: del 2 al 6 de septiembre.

DESCUENTO PARA MÉDICOS, EN
CAMPAMENTOS URBANOS

80€/semana → 60€/semana

OPCIÓN A SERVICIOS EXTRA DE
GUARDERÍA Y COMEDOR



INSCRIPCIÓN ONLINE

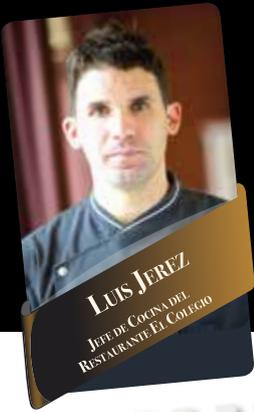
inscripcionverano.clencollege.es



INSCRIPCIÓN ONLINE

verano.clencollege.es





La receta del Chef

Cóctel de Salmorejo Cordobés con brocheta de langostino cocido, uva y tomatito cherry

Ingredientes (para 10 personas):

- 1 kg de tomate maduro
- 700 gr de pan del día anterior
- Sal, aceite y vinagre
- Uvas blancas, cherry, langostino cocido

Elaboración (para hacer el salmorejo):

Se trocea el tomate junto con 700 gr de pan del día anterior, 150 ml de agua fría, 50 ml de aceite de oliva virgen extra, 25 ml de vinagre y una pizca de sal.

Se guarda en el frigorífico durante 12 horas. Transcurrido el tiempo, se pasa por la túrmix, se cuele y se reserva en la cámara.

Por otro lado, se pelan 10 langostinos cocidos, se lavan también 10 uvas y 10 tomatitos cherrys, se preparan 10 brochetas colocando una uva, un langostino cocido y un cherry.

Se vierte el salmorejo en 10 copas de cóctel. Para decorar, se añade la brocheta de langostino cocido.



Teja de Naranja con macedonia de frutas y helado de limón

Ingredientes:

Para la macedonia:

- 1 manzana
- 1 naranja
- 1 kiwi
- 100 gr fresas
- 1/4 de piña
- 1 pera
- Zumo de 4 naranjas

Para la Teja de naranja:

- 275 gr de harina
- 375 gr de azúcar
- 150 gr de mantequilla
- 170 gr de zumo naranja
- Ralladura de 1 naranja
- Helado de cítricos y menta



Elaboración:

Para hacer la macedonia, se trocea toda la fruta en cuadraditos y se deja reposando con el zumo de naranja y, si se quiere, con un poco de azúcar.

Para la teja, se derrite la mantequilla y se mezcla con el resto de ingredientes. Cuando la mezcla esté bastante homogénea se deja reposar durante 15 min.

Se precalienta el horno a 180°C y se preparan las bandejas de horno con un silpat. Sobre el silpat se coloca la masa de las tejas formando círculos (no muy grandes), según el tamaño de teja que se desee obtener, y se mete al horno alrededor de 7 minutos. Cuando ya tengan un color dorado se sacan del horno y se dejan enfriar un poco. Luego, con la ayuda de un vaso, se le da la forma de media caña.

Para emplatar, se colocan dos tejas en el fondo del plato y se rellenan con la macedonia muy escurrida. Finalmente, la bola de helado encima y para decorar, una hoja de menta.

¡Buen provecho!

EL COLEGIO

UN RINCON ESPECIAL DE LA MEDIA LUNA

Con la llegada del buen tiempo, el Restaurante El Colegio pone a disposición de sus clientes la posibilidad de disfrutar de su terraza.

Abierta de martes a sábado, desde las 10 de la mañana a las 21 horas, siempre que el tiempo acompañe.

La terraza del Restaurante El Colegio es una excelente opción para finalizar tu comida y disfrutar del café o la copa de la sobremesa, también para celebrar un acontecimiento familiar (cumpleaños, bautizos, etc.) con un aperitivo.

Si quieres aprovechar y sacarle el máximo provecho, no dudes en consultar con nuestro personal de restaurante, llamando al teléfono 948 226 364.

Noches de Bohemia III

Una vez finalizada la segunda temporada de Noches de Bohemia ya nos hemos puesto a trabajar en la tercera temporada.

En breve, publicaremos el calendario con las actuaciones, que comenzarán a finales de septiembre.

Esperamos seguir contando con los Mariachis Zacatecas, la escuela de canto Eugenia Echarren y ¡cómo no! de Enemigos Íntimos.

Visítanos en <https://restauranteelcolegio.es/>





Asociación de trasplantados y enfermos hepáticos de Navarra
Nafarroako gibel trantsplantatu eta gaixoen elkartea

ATEHNA, ASOCIACIÓN DE TRASPLANTADOS Y ENFERMOS HEPÁTICOS DE NAVARRA

DIRECCIÓN Y CONTACTO

Dirección: C/ San Pedro 18, bajo derecha.
Teléfono: 679 705 301
Correo-e: atehna2010@gmail.com

Para personas con enfermedades hepáticas: virus B y C de la hepatitis, tumores (cirrosis y hepatocarcinomas), autoinsuficiencia hepática, enfermedad de Chron...

Actualmente tiene 55 socios/as, una cifra que ha descendido en los últimos meses ya que varias personas se han curado de la hepatitis C y han decidido darse de baja de la asociación.

ATEHNA:

Se trata de una asociación sin ánimo de lucro nacida en 2008 con la idea de ser un lugar común para los enfermos hepáticos, los que esperan un órgano, los ya trasplantados y sus familiares. Los objetivos: ser la casa de todos, el lugar donde acompañar, apoyar, informar y asesorar a los afectados, ofrecer servicios para mejorar la calidad de vida de todas estas personas y sensibilizar sobre la importancia de la donación de órganos, tanto de cadáver como de donante vivo.

Actualmente la asociación forma parte en Navarra de COCEMFE, federación que aglutina a 17 entidades de la discapacidad física y orgánica con más de 5.500 personas asociadas.

SERVICIOS:

- Acogida y orientación.
- Atención personalizada a enfermos/as hepáticos y personas trasplantadas.
- Apoyo a familiares.
- Apoyo moral y social.
- Fomento de la donación.
- Sensibilización.
- Charlas en colegios (más de una treintena por curso).



“Fomentamos habilidades sociales, la no dependencia y la autonomía personal, factores que influyen en la calidad de vida de las personas”

Conchi Soto, presidenta de ATEHNA, celebra su segundo cumpleaños el 3 de diciembre, precisamente el día de San Francisco Javier, patrón de Navarra. Porque ese día recibió un trasplante de hígado que le regaló la vida cuando la enfermedad hepática se la estaba quitando.

Una jornada de felicidad por esta segunda oportunidad que le ha dado la vida pero sobre todo de agradecimiento a quién le donó el órgano y a su familia. “Es una sensación agrisulce, por una parte te sientes feliz de volver a vivir con una calidad de vida que no tenías, pero por otra parte te acuerdas mucho de la persona que te donó el órgano y de su familia. Te gustaría agradecerles y demostrarles que ha merecido la pena”.

Un trasplante que llegó después de años de enfermedad y de meses en lista de espera mientras su vida se apagaba poco a poco. “Lo pasé muy mal, son momentos muy duros y me hubiera gustado tener el apoyo de otras personas que han vivido todo eso. Por eso, en febrero de 2008 nos reunimos tres personas que estábamos pasando por lo mismo, Daniel Nievas y Francisco Fernandez, y decidimos poner en marcha una asociación que sirviera de lugar común para los enfermos hepáticos, los que esperan un órgano, los ya trasplantados y sus familiares”, recuerda Soto. “La asociación nació con la única pretensión de que sea la casa de todos, el lugar



donde acompañar, apoyar, informar y asesorarles por parte de personas que han vivido esa experiencia y así ofrecer un punto de vista complementario al médico”, explica Soto.

Las reuniones comenzaron en el centro de asociaciones de la calle San Gregorio y continuaron en una sede propia cedida por el Ayuntamiento en el barrio de San Pedro/Rotxapea. Y poco a poco lo que comenzó como un punto de reunión de personas con enfermedades hepáticas incorporó nuevos servicios dirigidos a la acogida y orientación, el apoyo a familiares o el apoyo psicológico y moral.

“El diagnóstico de una enfermedad hepática y de la necesidad de un trasplante tiene un gran impacto en la vida de la persona y de su entorno, pero también los años posteriores a la operación con todo lo que conlleva como cuidados, medicación... Ofrecemos nuestra ayuda a cualquier persona, socia o no, proporcionando las fuerzas necesarias para poder superar todo este proceso, teniendo de ejemplo vivencias reales y luchando contra esa sensación de soledad, de aislamiento y de falta de esperanza. También fomentamos las habilidades sociales, la no dependencia y la autonomía personal, factores que influyen en la calidad de vida de las personas”, explica Soto, quien destaca que las personas afectadas agradecen mucho todo este acompañamiento.

"DI SÍ A LA DONACIÓN"

Asimismo, la asociación trabaja de forma continua en favor de la donación, “el mayor regalo que uno puede hacer y regalar en vida”. “Navarra es una de las comunidades punteras en donación pero no es suficiente porque todavía hay personas en lista de espera. Por eso, trabajamos para sensibilizar a la población en general, y especialmente a los más jóvenes, sobre la importancia de la donación de órganos, tanto de cadáver como de donante vivo”, explica Soto.

En este sentido, la asociación aprovecha la celebración del Día de la Donación o del Día del Trasplante para realizar actividades de calle y eventos puntuales como partidos benéficos. Además, cada año la asociación acude a una treintena de colegios e institutos navarros con su campaña *Di sí a la donación* y el objetivo de hacer reflexionar sobre la importancia de donar órganos, para que en un futuro puedan decidir si quieren ser donantes de órganos.

La asociación emplea para esta campaña el testimonio de personas trasplantadas, mostrando de primera mano que la donación salva vidas. “Los jóvenes conocen a una persona que ha salvado su vida gracias a una donación, una persona que podría ser un vecino o un amigo. Se dan cuenta de la experiencia tan dura que supone vivir esperando una llamada del hospital que te salve la vida y la experiencia tan bonita de volver a nacer”

PACIENTES

LOS RETOS DE FUTURO



Lograr una mayor complicidad por parte del personal médico que atiende a los enfermos hepáticos e incorporar el perfil de psicólogo/a son los dos principales retos de la asociación para el futuro. "Agradecemos a todo el personal médico por el trabajo que realizan con los pacientes hepáticos y que, en muchos casos, les comenten que existe una asociación que puede ayudarles. Pero todavía hay muchas personas que salen de su consulta y se encierran en casa sin saber que hay una asociación que puede apoyarles para pasar todo ese proceso de la mejor manera posible".

En este sentido, aunque la asociación ofrece un apoyo integral a todas esas personas, echa en falta la figura de psicólogo/a en ATEHNA. "Todavía no hemos encontrado un apoyo económico estable que nos permita contratar a un psicólogo o psicóloga que ayude a los pacientes a quitarse todo ese dolor emocional", explica Soto.



Nuevo Carné de órganos y tejidos de Navarra, "el mejor del mundo"

Sólo en Navarra, la donación de órganos ha salvado más de 2.000 vidas

"Podemos llevar muchos carnés en la cartera: el de identidad, el de conducir, el de OSASUNA...pero sólo uno es capaz de salvar la vida de otras personas, por eso decimos que es el mejor carné del mundo". Con motivo del Día Mundial del Donante, que se celebró el 5 de junio, se presentó en Pamplona el nuevo carné de donante de órganos y tejidos de Navarra, que con el lema "Soy donante, el regalo de mi vida", muestra la voluntad de donar los órganos en un futuro.

El nuevo carné es una iniciativa de COCEMFE Navarra (Federación de asociaciones de personas con discapacidad física y orgánica) y las asociaciones de pacientes ALCER Navarra, ATEHNA y FQ Navarra, cuenta con el apoyo del Gobierno de Navarra y se puede solicitar en la web www.soydonantedeorganos.org o en cualquiera de estas entidades.

"Navarra es una comunidad muy solidaria y generosa en cuanto a la donación de órganos, lo que ha permitido que más de 2.000 navarros y navarras hayan salvado la vida. Sin embargo, todavía hay personas en lista de espera a la espera de un órgano que salve o mejore radicalmente sus vidas", explica Manuel Arellano, presidente de COCEMFE Navarra. En este sentido, este carné "quiere ofrecerles una segunda oportunidad", impulsando la donación de órganos y evitando que "ninguna persona se quede sin donar por desconocimiento".

"Se trata de un carné testimonial pero que tiene un valor que lo convierte en único, a nuestro juicio, en el mejor carné del mundo. Porque es un carné que salva vidas, ya que muestra la voluntad de una persona de donar sus órganos cuando no los necesite. Y solo un donante puede salvar la vida de 8 personas", explica Arellano, quien destaca que este carné "ayuda a la familia a tomar una decisión en un momento difícil, cuando el personal médico le pregunta sobre la posibilidad de donar los órganos". Por ello, anima a "hacerse el carné y a llevarlo siempre consigo", además de hablarlo en la familia, en el entorno personal, e incluso "subir una foto a las redes con el mejor carné del mundo"

LA POTESTAD DISCIPLINARIA COLEGIAL LA EJERCITA EL COLEGIO EN CUYO ÁMBITO TERRITORIAL SE COMETE LA INFRACCION

■ MARIANO BENAC URROZ.

ASESORÍA JURÍDICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA.

La cuestión se ha planteado cuando el Departamento de Sanidad de una Comunidad Autónoma informó a este Colegio de que un médico inscrito en el Colegio de Navarra realizaba actos que podían dar lugar a responsabilidad disciplinaria corporativa en una Clínica sita en dicha Comunidad Autónoma.

El Colegio de Navarra indicó a la Consejería de Sanidad de la referida Comunidad Autónoma y al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos que la competencia para la comprobación y sanción, en su caso, de tales hechos era del Colegio en cuyo ámbito territorial se ejercía tal actividad profesional que había dado lugar a los hechos denunciados.

Y ello en virtud de lo señalado en el artículo 67.3 de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo) que establece que: *"En el caso de presuntas faltas cometidas por colegiados de otras provincias, el expediente se tramitará y resolverá en el Colegio donde se ha cometido la misma, comunicándolo al de su procedencia a través del Consejo General"*.

Y también en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3.3. de la Ley de Colegios Profesionales (Ley 2/1974, de 13 de febrero): *"En los supuestos de ejercicio profesional en territorio distinto al de colegiación, a los efectos de ejercer las competencias de ordenación y potestad disciplinaria que corresponden al Colegio del territorio en el que se ejerza la actividad profesional, en beneficio de los consumidores y usuarios, los Colegios deberán utilizar los oportunos mecanismos de comunicación y los sistemas de cooperación administrativa entre autoridades competentes previstos en la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. Las sanciones impuestas, en su caso, por el Colegio del territorio en el que se ejerza la actividad profesional surtirán efectos en todo el territorio español"*.

El Colegio de Médicos donde radicaba la Clínica en la que tuvo lugar la acción denunciada inició el correspondiente expediente disciplinario, que finalizó con la correspondiente sanción. El médico sancionado interpuso contra tal sanción recurso

contencioso-administrativo que se tramitó ante el correspondiente Juzgado de lo Contencioso-Administrativo que, desestimando el recurso, confirmó la sanción.

Contra la referida sentencia interpuso el médico expedientado recurso de apelación ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma alegando la falta de competencia del Colegio de que se trata para incoar expediente contra quien no está colegiado en su territorio.

La Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, mediante sentencia de 11 de marzo de 2019, ha desestimado la pretensión del médico sancionado resolviendo que, en aplicación de lo dispuesto en el anteriormente referido artículo 3.3. de la Ley de Colegios Profesionales, la competencia para el ejercicio de la potestad disciplinaria corporativa para juzgar hechos denunciados es del Colegio Oficial de Médicos en cuyo ámbito territorial se ha producido el acto o acción; y ello, aunque el facultativo de que se trata estuviera inscrito en el Colegio Oficial de Médicos de Navarra.



*Maria
de Médici,
Reina de Francia*
(2ª parte)

■ Jesús Repáraz Padrós

María de Médici.
Pedro Pablo Rubens
(Museo del Prado. Madrid)



María no había sido educada para ser reina y carecía, además, de la inteligencia y del tacto necesarios para desenvolverse con soltura en el difícil mundo de la política francesa de su época. De María eran bien conocidas su afición a las ciencias ocultas, su gusto por las artes y el generoso mecenazgo que ejercía sobre pintores como Guido Reni y Pedro Pablo Rubens; pero en cuanto a las labores de gobierno o a los asuntos de Estado propiamente dichos, jamás había mostrado por ellos el más mínimo interés. Nada existía para ella más allá de la simple satisfacción de sus vanidades y caprichos y, a diferencia de su tía Catalina, no sentía fascinación alguna por el poder. Amaba el lujo, las joyas y los vestidos fastuosos, mientras que la política y la guerra le traían sin cuidado. En consecuencia, y pese a considerarse dueña de un elevado sentido de la moralidad, María no se hallaba en absoluto dispuesta a sacrificar un ápice de su propia comodidad por el interés de una nación que ni siquiera era su patria natal. Egocéntrica, solitaria y desarraigada, aquella mujer sintió descender sobre sus sienes el peso de la corona de Francia más como una carga que como un honor.

A forjar esta mezquina actitud de María y su personalidad en general contribuyó sin duda la triste sensación de abandono en que transcurrieron los primeros años de su vida. Había nacido en Florencia, la ciudad de los Médici, pero, al quedar huérfana muy pronto, su residencia fue trasladada a la Corte austriaca de su tío materno, el emperador Fernando I. Allí, perdida en la inmensidad de los palacios vieneses, sin padres que velaran por su bienestar ni hermanos que la acompañasen en su soledad, la pequeña había crecido encerrada en sí misma, completamente desprovista de los afectos y distracciones imprescindibles para una muchacha de su edad. Durante aquellos años de tedio y aislamiento, María consiguió trabar una única amistad: la de Leonora Galigai, una codiciosa sirvienta de origen italiano que la acompañaría más tarde a Francia y que durante largo tiempo ejercería sobre ella una nefasta influencia.

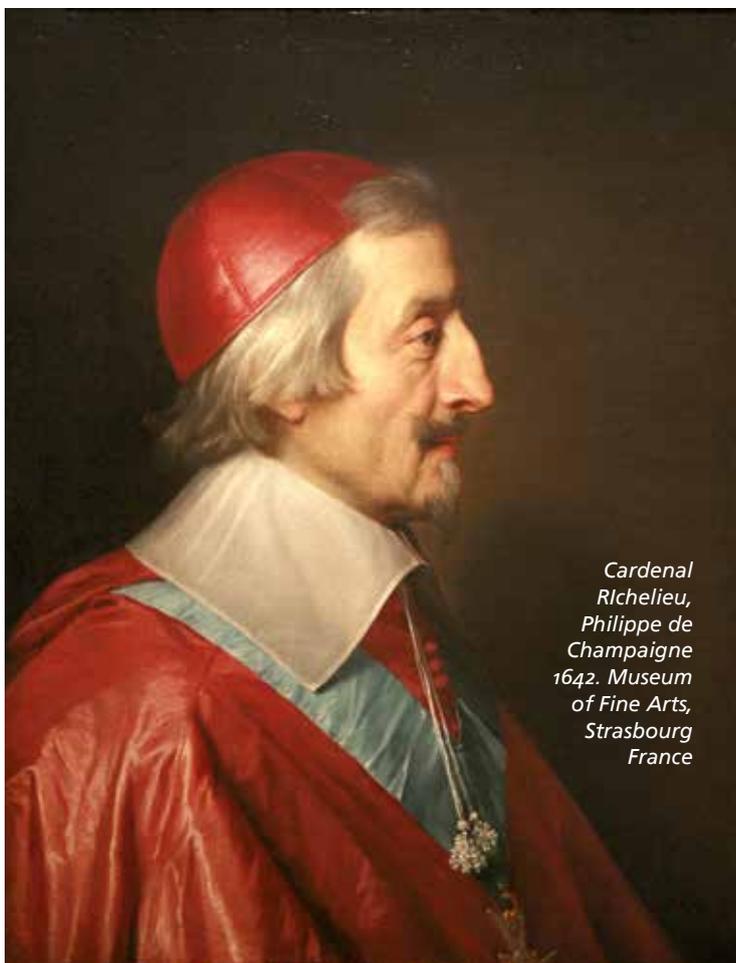
Casada ya con Enrique IV, María permaneció relegada inicialmente a un discreto segundo plano. Es cierto que conocía desde un principio las maniobras urdidas por su marido para obtener la anulación de su primer matrimonio, y que no se hacía ilusiones sobre lo que el rey esperaba de ella; no obstante, contaba al menos con mantener las apariencias y conservar la dignidad que se le debía como reina

*“Amaba el lujo, las joyas
 y los vestidos fastuosos,
 mientras que la política
 y la guerra le traían sin
 cuidado”*

consorte. Sin embargo, las constantes aventuras amorosas de Enrique IV, el gélido desapego de los nobles y el grosero desprecio que el pueblo francés mostró siempre por ella (al poco tiempo de su llegada a París ya era conocida popularmente como “la gorda banquera”) generaron en su alma un resentimiento amargo y destructivo. Este rencor fue hábilmente aprovechado por la astuta Galigai y por el amante de ésta, un aventurero sin escrúpulos llamado Concino Concini. Los insaciables deseos de promoción de los Concini y los serviles intentos de María por satisfacerlos fueron motivo de frecuentes disputas entre la pareja real. Si a ello se añade la pública y vergonzante poligamia en que vivía Enrique y la imposición de la presencia en palacio de sus numerosos hijos ilegítimos (hasta ocho tuvo de cuatro madres distintas y a todos los hizo criar junto con los legítimos), puede deducirse fácilmente que aquél nunca fue un matrimonio feliz.

Una conocida anécdota palaciega revela en toda su crudeza la actitud de Enrique en lo que a sus relaciones con las mujeres se refiere. Ocurrió que, poco después de conocer el primer embarazo de María, el rey recibió la noticia de que también su favorita de aquel momento, la bella Henriette d’Entragues, se hallaba encinta. Ante semejante coyuntura –en la que hasta el adúltero más recalcitrante se hubiese sentido abochornado–, Enrique se limitó a comentar riendo: “Veo que están a punto de nacerme dos hijos al mismo tiempo: un amo y un criado”. Tal era el talante de aquel hombre con el que la dinastía borbónica comenzó a reinar en Francia.

La incómoda situación de María en la Corte pareció mejorar en 1603, cuando su aborrecida Henriette d’Entragues y varios familiares de ésta fueron expulsados de París tras descubrirse su participación en un complot para asesinar al rey y colocar en el trono al hijo de la favorita. María respiró aliviada al conocer el destierro de aquella mujer, “una de las ramerías más hábiles que han ejercido jamás el lenocinio”, según la describió el embajador de Florencia



Cardenal
Richelieu,
Philippe de
Champaigne
1642. Museum
of Fine Arts,
Strasbourg
France

“Acosada desde París por el todopoderoso Richelieu, humillada por su propio hijo y sin disponer apenas de recursos económicos, peregrinó de Corte en Corte”

los protestantes creían ver representados los intereses de la Iglesia Católica) irritó profundamente a la aristocracia francesa y dañó –aún más– la reputación de la reina. En 1615 los príncipes de la sangre, con el calvinista Condé a la cabeza, exigieron a María desmesuradas compensaciones económicas a cambio de evitar una revuelta entre la nobleza. Ella, dando una nueva muestra de debilidad, se las concedió, pero al tener que recurrir a los fondos del Tesoro para pagar el chantaje, Francia quedó una vez más al borde de la bancarrota.

en París. Pero el alivio apenas duró, y Enrique no tardó en volver a las andadas con nuevas amantes. Así fue transcurriendo, pues, la penosa existencia de María hasta que, en 1610, el asesinato de su marido convirtió a la esposa humillada en reina regente.

La primera consecuencia de la muerte de Enrique fue el desvanecimiento de la posibilidad de una nueva guerra entre Francia y las potencias católicas regidas por las dos ramas de la Casa de Habsburgo (España y el Sacro Imperio), guerra que la política del primer Borbón había estado a punto de provocar. María, como católica que era, no deseaba que tal conflicto se produjese, y así lo manifestó desde el primer momento; no obstante, más allá de aquel deseo, su cerebro era incapaz de elaborar cualquier tipo de estrategia. Surgió entonces de nuevo la figura de Leonora Galigai, dispuesta siempre a sacar partido de la pusilanimidad de la reina. Bajo la influencia de su amiga y confidente, María nombró a Concini Mariscal de Francia y miembro del Consejo de Estado y de Finanzas. El escandaloso ascenso de este hombre codicioso y ruin (en quien

Luis XIII alcanzó la mayoría de edad en 1617, y ese mismo año ordenó el asesinato de Concini. Fue su modo de liberarse de aquella molesta influencia italiana que, a través de su madre, también le dominaba a él. Poseído de un ardor típicamente juvenil, Luis estaba decidido a gobernar por sí mismo, aunque terminaría siendo Armand de Richelieu –por entonces obispo de Luçon y, más tarde, Cardenal y Primer Ministro de Francia– quien realmente lo hiciera en su lugar. En cuanto a la Galigai, tras la muerte de su esposo fue acusada de brujería y quemada en la hoguera. Por último, María fue obligada por el rey a abandonar el palacio del Louvre y trasladar su residencia al castillo de Blois: con este alejamiento de la reina madre, la liquidación del clan italiano se dio al fin por concluida.

Dos años permaneció María en Blois sin ver a su hijo. Las relaciones entre ambos se habían enfriado sensiblemente a raíz del asesinato de Concini, y hubo de ser Richelieu quien actuara como intermediario para lograr la reconciliación. Sin embargo, cuando Luis –que poco antes había contraído matrimonio con la princesa Ana de

Austria– delegó la regencia en su esposa durante una de sus ausencias de Francia, María se enfureció. Su carácter vanidoso y arrogante le impedía admitir la supremacía de la nueva reina y, como contrapartida a su exclusión de la regencia, exigió ser admitida en el Consejo de Estado. Richelieu apoyó la reivindicación, y el rey, más por consideración hacia su madre que por atender las demandas del obispo, terminó aceptando. María recompensó a Richelieu obteniendo para él el capelo cardenalicio. De este modo, bajo la protección de la reina madre, dio comienzo la vertiginosa ascensión de aquel singular estadista, uno de los animales políticos más hábiles e implacables que ha dado la historia francesa. También fue a instancias de María como Richelieu entró a formar parte del Consejo Real, desde donde, poco tiempo después, no vacilaría en traicionar a su benefactora. Una vez instalado en el Consejo, el cardenal no estaba interesado ya en conservar el favor de María, sino en conquistar el poder a toda costa. Para ello necesitaba ganarse la confianza del rey y, poco a poco, con habilidad y astucia, fue logrando su propósito.

En la primavera de 1618 estalló en Alemania la Guerra de los Treinta Años, el más devastador de los conflictos religiosos que hasta entonces había conocido Europa. Aunque el comienzo de las hostilidades fue provocado por un incidente entre los calvinistas de Bohemia y los delegados de su Majestad Católica el emperador de Austria, Luis XIII comprendió de inmediato que la disputa religiosa que subyacía en el origen del problema podría trasladarse fácilmente a Francia con toda su violencia. Así pues, el rey emprendió una feroz campaña contra los protestantes franceses, desatando con ello la ira de los líderes hugonotes. Richelieu, por su parte, se mostró firmemente contrario a esta política. Para él –como para el difunto Enrique IV–, la razón de Estado debía prevalecer sobre los principios religiosos, y la razón de Estado exigía destruir el poderío de los Habsburgo. Por eso, desde su puesto de Primer Ministro –al que accedió en 1624–, el cardenal no dudó en emplear todos los recursos a su alcance para anular la voluntad del rey. Progresivamente, fue alineando a Francia con las potencias protestantes europeas, y en 1635 declaró la guerra a España. La contienda entre naciones católicas que durante tanto tiempo María de Médici había tratado de evitar, se había producido al fin. Desde ese momento, la ruptura de la reina madre con Richelieu fue total y definitiva. Luis XIII, que desde tiempo atrás había delegado toda autoridad en su Ministro para dedicarse por completo a sus amantes, fue requerido como árbitro del enfrentamiento. Su actitud fue la de apoyar sin reservas a Richelieu, ante lo cual María decidió abandonar Francia y pidió asilo en los Países Bajos españoles.



*Luis XIII. Philippe de Champaigne, ▲
(Museo del Prado. Madrid)*

Con su partida de Francia dio comienzo el último y más penoso período de la vida de María de Médici. Acosada desde París por el todopoderoso Richelieu, humillada por su propio hijo y sin disponer apenas de recursos económicos, peregrinó de Corte en Corte siendo recibida en todas partes como una huésped incómoda y hasta indeseable. Primeramente Bruselas, después Amberes y Amsterdam, más tarde Londres, y finalmente Colonia, fueron las etapas de aquel amargo e interminable viaje. A su llegada a la ciudad alemana, en el otoño del año 1641, la salud de María se hallaba ya muy deteriorada. Un día de finales de Junio de 1642, comenzó a sentir un dolor sordo y persistente en su pierna izquierda. Tenía fiebre y se sentía sacudida por violentos escalofríos. La pierna comenzó a hincharse y a adquirir un aspecto tumefacto, al tiempo que el dolor se hacía insostenible. En pocas horas, lo que en apariencia había comenzado como una simple infección de la piel evolucionó hacia la gangrena. María era una mujer obesa, padecía de varices, y en sus circunstancias no era infrecuente que tales infecciones siguieran un curso fatal. Como solución desesperada, los médicos propusieron la amputación, pero ella se negó. Había cumplido sesenta y nueve años, y no sentía ya deseos de seguir viviendo. Falleció en la mañana del 4 de Julio de 1642. Luis XIII hubo de esperar a la muerte de Richelieu para ordenar el traslado de los restos de su madre al panteón regio de la iglesia parisina de Saint Denis, donde fueron sepultados –casi de incógnito– el 9 de Febrero de 1643.

LAS PRIMERAS MÉDICAS: DE SANITARIAS INSTINTIVAS A LICENCIADAS

◆Dr. Javier Álvarez Caperochipi

El primer punto positivo que habría que apuntar al universo femenino, es el descubrimiento de las plantas medicinales y alimenticias. En la antigüedad más remota, la mujer cuidaba hijos, alimentos y morada; también observaba las hierbas y plantas que nacían espontáneas en su entorno, y el efecto que producía en los animales y en los humanos que las ingerían; unas plantas servían de alimento, otras curaban las calenturas o el dolor.

Existían otras terceras que eran peligrosas para la salud, que había que evitar.

Por eso no es de extrañar que la mayoría de las hierbas y plantas se las conociera en femenino (angélica, adelfa, belladona, digitalina, salvia, cicuta, mandrágora...) y que la imaginación de los ancestros elevara a la categoría de diosas mitológicas a figuras femeninas: Panacea, Minerva, Atenea, Flora, Higea, a las que imploraban la salud. Según un anónimo popular: "La mujer ha sido una sanitaria instintiva, tan antigua como la raza humana, formada por la madre naturaleza".

En la página anterior, estatua de la diosa griega Panacea.



Hacia los años 1000-3000 A.C. fue imponiéndose poco a poco en el mundo la "Cultura del Patriarcado". El hombre se convertiría en dueño y señor de hacienda, hijos y mujeres, quedando estas últimas relegadas a un segundo plano.

Las mujeres quedaron también marginadas en las primeras escuelas de Medicina que nacieron a partir del siglo IX. En especial en las de los Monasterios (Benedictinos, Clunienses), ciudades de Dios y de la cultura, en donde se daba cobijo y tratamiento a los necesitados. La única excepción sería la Escuela laica de Salerno, donde destacaría la llamada Trótula, autora de un famoso tratado de ginecología del siglo XII. Pero lo habitual era que las mujeres siguieran en sus pequeños mundos, a su aire y sin control, ejerciendo de curanderas, parteras, adivinas y afines.

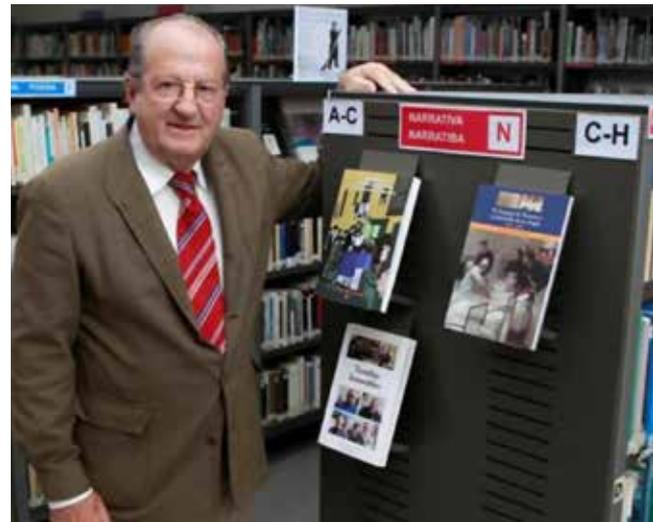
Las llamadas brujas medievales, perseguidas por la Inquisición en los siglos XIV-XVII, fueron principalmente mujeres sabias, que conocían, manejaban y mezclaban a su libre albedrío las hierbas y plantas alucinógenas (estramonio, beleño, mandrágora, belladona...), que contenían alcaloides que actúan directamente en el cerebro, modificando la percepción de la realidad. Fueron consideradas las precursoras de las drogas actuales: L.S.D. cannabis, éxtasis...

Un hito importante femenino del siglo XIX fue el desarrollo de la carrera de Enfermería. Algunas órdenes religiosas, dieron un primer paso para progresar, desde la caridad, en la atención a los enfermos. Las escuelas laicas empezaban en 1860 con Florence Nightingale, que fundó en el Hospital Saint Thomas de Londres la primera escuela profesional de enfermería y sentó las bases de la profesionalización de la carrera.

En 1900, en pleno debate sobre el trabajo femenino, fue importante el llamado "Discurso Médico Español" encabezado por los Académicos de Medicina Gregorio Marañón y José de Letamendi. En él se concluye que

"La mujer tiene la misma capacidad que el hombre, y la medicina, es una profesión apropiada para ella". En 1911, una Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública autoriza a la mujer a matricularse en cualquier Universidad. De forma excepcional y con permiso expreso del Rey o del Primer Ministro, se habían empezado a hacer matriculaciones unos años antes.

El Dr. Álvarez Caperochipi impartió la conferencia "Mujer y Medicina: primeras médicas navarras", con motivo de la celebración del 20 aniversario de la Universidad para Mayores Francisco Ynduráin.



Primeras licenciadas

En todos los países desarrollados irán apareciendo médicas licenciadas en la transición de los siglos XIX-XX. Para averiguar quién fue la primera mujer con título médico, hemos tenido que ahondar en la historia del irlandés James Barry (1795-1865), un prestigioso cirujano de la Armada Británica, que hizo una labor muy encomiable en cirugía, y dio pasos en el nacimiento de la higiene. Tras su muerte y después de la autopsia se descubrió que en realidad era una mujer, se llamaba Margaret Bulkley, que había adoptado el nombre de su tío James Barry para poder doctorarse en la Universidad de Edimburgo en 1820.

Sin embargo, en la literatura médica, se tiende a considerar a Elizabeth Blacwell como primera licenciada desde 1847, sobre todo por la mayor coherencia de su carrera. Estudió en Nueva York y contó con el apoyo de su padre,

comerciante del azúcar de origen inglés, que creía que las niñas debían tener la misma educación y oportunidades que los niños. Trabajó en temas de organización hospitalaria y fundó un Dispensario para mujeres pobres y niños.

Uno de los personajes más atractivos de la historia que estamos contando es María Montessori (1870-1956), la primera médica italiana que, tras superar muchas dificultades para trabajar, encontró su camino en la atención a los niños retrasados y los recluidos en centros psiquiátricos con enfermedades mentales. La observación del comportamiento de estos últimos le llevó a profundizar en los nuevos procedimientos de educación infantil, creando el método de enseñanza que lleva su nombre, basado en técnicas que buscaban al mismo tiempo entretener e ilusionar, método que sería difundido por todo el mundo. Fue propuesta dos veces para el premio Nobel de la Paz y la lira italiana portó su imagen.

En España, la pionera fue la catalana Dolores Aleu Riera (1857-1913). Sus estudios fueron difíciles, ya que para empezar fue sometida a varias pruebas de admisión que pretendían excluirla. Tras superar los escollos, pudo asistir a clases bajo vigilancia policial; concluyó sus estudios en 1882 con las mejores calificaciones y tardaron un par de años más en darle el diploma acreditativo. Dolores Aleu se especializó en enfermedades de la mujer, partos e higiene general y compaginó la profesión con su situación de esposa y madre.

La creación por parte del Ministerio de Instrucción Pública en Madrid, en 1915, de la Residencia Internacional de Señoritas dirigida por María de Maeztu, normalizaría poco a poco la presencia de la mujer en la Universidad.

Entre las primeras médicas de la capital destacaremos a la madrileña Aurora Villal; fue una gran deportista, campeona de España de atletismo, con doble medalla de oro en saltos y carreras de velocidad. Ella misma pagaría sus estudios dando clases de gimnasia en colegios. En sus inicios profesionales fundaría un centro de alimentación infantil. Ahí no terminaría su progresión pues, a continuación, se iría a un prestigioso Hospital de Londres a hacer la especialidad de oftalmología y volvería a su país convertida en una referencia nacional en oftalmología infantil y en estrabismo.



Elizabeth Blackwell ▲

“La mujer ha sido una sanitaria instintiva, tan antigua como la raza humana, formada por la madre naturaleza”

Navarra: Juana García Orcoyen, la doctora Áriz, Primitiva Antón...

La primera médica navarra fue Juana García Orcoyen, hija del médico de Esténoz (Navarra) y licenciada en Madrid en 1925, acontecimiento que fue celebrado por todo lo alto por la colonia navarra de la capital. Juana tenía un hermano menor, Jesús, que iba para ingeniero y que estudió Medicina para protegerla. Juana nunca ejerció en Navarra; trabajó unos años como profesora auxiliar de la Universidad en Madrid y luego se trasladaría a Valencia con su marido para dirigir ambos un sanatorio antituberculoso. Jesús llegaría a ser Director General de Sanidad.

Desde el espacio de la medicina asistencial, la pionera de Pamplona fue Ascensión Ariz Elcarte (1911-1983). Estudió Medicina en Madrid y la especialidad de Pediatría y Puericultura entre Madrid y Zaragoza; colegiada en nuestra ciudad en 1935 con el número 636 y toda una gran referencia de la época. Al inicio de su práctica profesional, fue Puericultora en el Instituto de Higiene, interviniendo en las luchas contra epidemias y en las campañas de vacunación; en una fase posterior llegaría a dirigir el servicio de Pediatría en la Residencia Virgen del Camino de la Seguridad Social, colaborando en la formación de nuevos pediatras.



María Montessori (1870-1956) ▼

La Guerra Civil española de 1936 fue un parón en la incorporación de la mujer a la Medicina. Sirva de ejemplo la vida de la navarra Ángela Herrera Recalde, que estudió Medicina en Zaragoza; su último curso coincidió con el comienzo de la guerra. Terminó los estudios como pudo y se exiló a Méjico por motivos políticos.



La segunda colegiada con el número 800 sería la pediatra Lucina Aranaz Iriberrí. Profesionalmente le tocó atender uno de los cupos de niños de la Seguridad Social y, además, trabajar en

el Banco de Sangre ubicado en el Instituto de Higiene; se encargaba, entre otras funciones, de la trasfusión de sangre a los recién nacidos que presentaban anemia hemolítica debida a incompatibilidad rh.

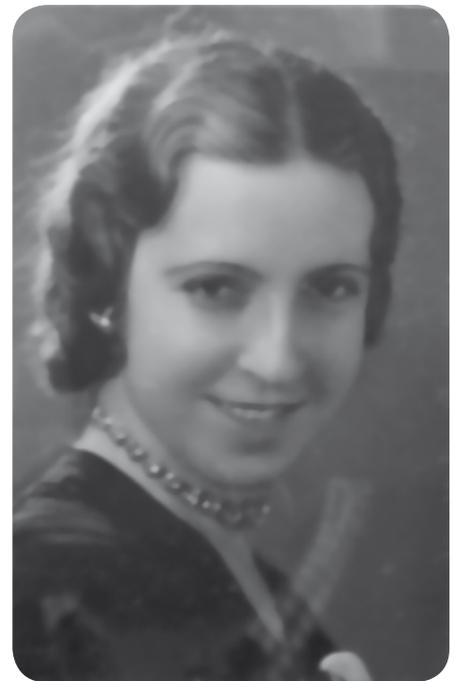
Mención especial a Pilar Luna Solano de Isaba-Navarra, que estudió Odontología en Madrid y que, durante 40 años, fue la única dentista femenina de Pamplona, consulta que compartía con su marido Carmelo Jacue.

Primitiva Antón Santiago, fue una avanzada experta en el Laboratorio de análisis clínicos; al principio ejerció en Estella y luego en Pamplona. La especialidad de análisis de ayuda diagnóstica, empezaría a dar resultados a partir de 1900-1920. Los tres primeros ingredientes fueron la orina, el microscopio y la sangre, y de allí se pasaría a estudiar las diferentes excreciones del cuerpo humano y las aguas de bebida. Una especialidad sin apenas contacto con el enfermo, un espacio discreto, con mucho camino por recorrer, en el que se integrarían muchas de las primeras médicas.

En las listas del Colegio aparecen, aunque con currículos más novedosos: Dolores Jurado Grau, especialista en Nutrición y Endocrino procedente de Barcelona; Pilar Saldaña Cunchillos de Tudela, anestésista; Carmen Gómez Dorronsoro, psiquiatra; Josefa del Real Fernández, medicina general. Pocos años más tarde se sumarán las primeras médicas formadas en la Universidad de Navarra.

▲ *Dolors Aleu Riera (1857-1913)*

“La catalana Dolores Aleu Riera (1857-1913) pudo asistir a clases bajo vigilancia policial”



▶ *Ascensión Ariz Elcarte (1911-1983)*

“La primera médica navarra fue Juana García Orcoyen, hija del médico de Esténoz (Navarra) y licenciada en Madrid en 1925. La pionera de Pamplona fue Ascensión Ariz Elcarte (1911-1983)”

Siglo XXI: feminización de la Profesión

En la actualidad, en el mundo, el 41% de los médicos son mujeres y sus especialidades predilectas son: Pediatría, Ginecología, Medicina de Familia y Anestesia, en las que sobrepasan ya la paridad. También andan cerca las especialidades en donde predomina el trabajo de laboratorio e investigación.

El colectivo femenino ha demostrado muchos valores en su dedicación a la Medicina, entre los que se destacan: eficacia, empatía y mejora de la comunicación. Su competencia queda avalada por los once Premios Nobel de Medicina conseguidos, a los que habría que añadir los de Física y Química de apoyo a la Medicina de Madame Curie y Ada Yonath.

En otro orden de datos, las chicas estudiantes de Medicina representan, en la actualidad, el 71% del total del alumnado, lo que hace suponer que para el año 2030 el porcentaje de médicas superará ampliamente el 60%. La feminización de la profesión es un fenómeno mundial progresivo, en parte, también debido al menor interés de los varones por esta carrera. Navarra, y en general España, están en este tema por delante de otros países de su entorno tales como Francia, Italia o Gran Bretaña.

Asunto diferente son los cargos directivos, cátedras y jefaturas de servicio; sólo el 7% están ocupados por mujeres. Un porcentaje de damas no accede a esos cargos por motivos de conciliación familiar. Habrá que esperar a la jubilación de los actuales directivos y a la mejora de los planes concilia de sanidad, para ver lo que vaya a ocurrir en el futuro.

“El colectivo femenino ha demostrado muchos valores en su dedicación a la Medicina”



Recibimiento a los MIR del 2018 en el Colegio de Médicos de Navarra: la feminización de la Profesión es ya una realidad palpable.

Referencias:

- Elso, J. 2006
- Fernández, S. 1987
- Ferrer, S. 2018
- González, J. 2009,
- Guerra, R. 2013
- Jazques, G. 1900
- Lain Entralgo, 1978
- Larregla, S. 2005
- Lyons, A. 1980
- Martínez Arce, D. 2001
- Thebaud. 1990

REINVENTAMOS EL

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

EL VALOR DE UN MÉDICO está en sus decisiones

En el Grupo PSN estamos junto a los profesionales de la Medicina con soluciones personalizadas en Responsabilidad Civil. Trabajamos para que ejerzas tu profesión centrándote en lo que de verdad te importa, tus pacientes.

Estamos a tu lado.

PSN

SEGUROS • AHORRO E INVERSIÓN • PENSIONES

910 616 790 · psn.es · Sigue a Grupo PSN en      

CIUDAD RODRIGO,

DECLARADA
MONUMENTO
HISTÓRICO
ARTÍSTICO EN
1944



▪ Salvador Martín Cruz

Dada su situación a 85 k. de Salamanca, sobre la orilla derecha del río Águeda, en el sudoeste de la provincia, en la linde con Portugal, Ciudad Rodrigo, la antigua Miróbriga de los vetones (de ahí lo de mirobrigenses), podría decirse es una ilustre desconocida para el común de los españoles. Ello pese a ser de las plazas fuertes más importantes de España y tener un rico pasado histórico: castro celtibérico conquistado por Julio César, convertido en ciudad romana por Octavio César Augusto, tomada a los "moros" por el obispo Berenguer, repoblada por el conde Rodrigo González Girón a comienzos del siglo XII (de ahí su nombre actual), sede episcopal desde los tiempos de Fernando II, asiento de numerosos enfrentamientos entre moros, castellanos y portugueses durante gran parte del medioevo y, finalmente, durante la guerra de la Independencia, conquistada por el mariscal francés Ney y, posteriormente, liberada por Wellington (duque de Ciudad Rodrigo), pasado que dejó abundantes huellas dentro y en el entorno de la ciudad, por lo que fue declarada Monumento Histórico Artístico en 1944, siendo elegida su catedral con posterioridad, en el año 2006, como sede de uno de los capítulos las Edades del Hombre.

Si tuviera que destacar algo de su patrimonio, sin duda habría de hacerlo de su catedral románico-gótica, construida entre los siglos XII y XVI, con su bello claustro y portada; sus murallas, tan magníficamente conservadas como su adarve y su conjunto de puertas: del Sol, del Conde,

Plaza ▲
Mayor.
Ciudad
Rodrigo



Amayuelas, Santiago, Sancti Spiritus, Colada, el Alcázar, Santa Cruz, Nueva y postigos de San Pelayo y Sal Albín; amén de sus baluartes y revellines; el castillo que mandó levantar Enrique II sobre un talud que domina el cauce del Águeda y el largo puente que lo sobrepasa (doy fe de que cuando el Águeda se desborda hasta llega a parecer corto), con su impresionante torre del homenaje; la iglesia románico-mudéjar de San Pedro; la Capilla de Cerralbo o del cardenal Pacheco de aire escurialense; así como el Ayuntamiento renacentista del siglo XVI; los palacios de los condes de Montarco, de los condes de Alba de Yeltes, y de Moztezuma, las casas de los Águila, los Cueto, los Miranda y de los Cuernos... dentro de un amplio conjunto de casas y palacios que obliga a ruar por sus serpenteantes callejas y sus plazuelas (en la que hay delante del castillo da fe de su pasado un verraco ibérico y en la de Herrasti el monumento al guerrillero Julián Sánchez, "El Charro"), extendidas por todo el recinto amurallado, para irlo descubriendo.

Palacio de la Marquesa de Cartago ▼



Ficha práctica:

La mejor manera de llegar a la ciudad, con su núcleo murado y sus dos arrabales, que es donde se desarrolla principalmente la vida actual, es desde Salamanca, ciudad, por la A-62 o la N-620. Se podría ir desde Cáceres por Coria CL-109 y CL 526 pero dada su orografía, es mejor olvidarse de ello y, en todo caso ir a Béjar, pasando por Plasencia, por la N-630 y de allí por la 515 alcanzar la A-62. Es preferible visitar la ciudad desde primavera a finales de otoño; al otro lado de Gredos y de la Sierra de Gata suele hacer bastante frío. De las cercanías hay que recordar que el Águeda es una de las “puertas” de los Arribes del Duero, y que al sureste está la Sierra de La Peña de Francia y, debajo de ella, al sur, las Hurdes y, al este, la Alberca (supongo que tiempo habrá para escribir sobre ellas), todo un recorrido para valientes.

Para estancia, dada su calidad y precio, el Parador Nacional,

aunque hay suficientes hoteles, hospederías y apartamentos donde elegir. Estuve bien en el Conde Rodrigo I cuando las Edades del Hombre.

Difícil recomendar el yantar... y más difícil pronunciarse sobre el menú, sobre todo porque además del cerdo ibérico y de la carne de vacuno, ya se sabe que Salamanca es tierra de toros (por cierto, los encierros de Ciudad Rodrigo deben venir de allá por el siglo XVI), el vecino Portugal ha aportado a la cocina mirobrigense varias formas de hacer el bacalao como para no mencionarlo. Qué quieren que les diga, aunque todo el mundo recomienda el farinato, a mí, simplemente, no me gusta; por cierto, a los de Ciudad Rodrigo les llaman “farinatos”; por algo será. Si me van el cocido charro, las patatas meneás y la chanfaina, amén, de en su momento, la caza y, en el “lunes de aguas” que se celebra en toda la provincia,

el hornazo. Como dulces: el bollo maimón, las perronillas, los mantecados y las obleas. Para vinos, lógicamente, los Rivera del Duero. En cuanto a los lugares dónde yantar también hay bastantes posibilidades; yo comí bien en el Parador y en el restaurante Maytón; pero del resto no puedo decir nada.

A la hora de la lectura, lo lógico sería recomendar al poeta Cristóbal de Castillejo, nacido en la ciudad, pero solamente conozco un poema suyo: **Visita de Amor**, en el que arremete contra sus coetáneos Garcilaso y Boscán. En su defecto ¿Por qué no? Recomendaría leer el volumen de **Los Arapiles de los Episodios Nacionales** de Galdós, sobre todo por que aquella guerra dejó una importante huella en la ciudad. En cuanto a libros guía, el de Javier Sáinz: **Ciudad Rodrigo** y el de Juan Carlos Aguilar: **Paseo por Ciudad Rodrigo y su comarca**.

Viajes del Servicio Religioso del Complejo Hospitalario de Navarra y Colegio de Médicos

En Nueva York



En el icónico Rockefeller Center (al fondo, se puede observar el Empire State Building).



Un grupo de 16 personas viajaron, del 26 de abril al 2 de mayo, a Nueva York con el Servicio Religioso del Complejo Hospitalario de Navarra y el Colegio de Médicos. Como seña de identidad, la oportunidad de disfrutar de itinerarios personalizados y sin masificación que, en esta ocasión, permitió conocer esta gran ciudad. Todas las visitas estaban incluidas, así como las cenas, seguro y propinas, y con alojamiento en un hotel muy céntrico. Los viajeros disfrutaron al máximo de la experiencia.



Entrada de la catedral de San Patricio. ▲



De peregrinación a Fátima

Fátima fue el destino elegido el pasado 13 de mayo. Los excursionistas asistieron a la peregrinación mariana y visitaron la Abadía de Santa María de la Victoria en Batalha (Patrimonio de la Humanidad), Leiria y Coimbra, que posee la universidad más antigua de Europa y dónde los viajeros recibieron una clase magistral.

Participantes en la peregrinación a Fátima.



Puedes consultar otros destinos para los próximos meses (Fátima, Algarve, Bretaña francesa, Lourdes, Azores y más) en www.elmundoderaquel.com



Restaurante
EL COLEGIO

CONTIGO ME
ATREVO A TODO...



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

NARRATIVA

"LA SOLEDAD DE LA HIGUERA"



Autora: Maite Sota Virto

Editorial: Pamiela.

ISBN: 978-84-9172-102-4

Páginas: 240

Publicación: 30 mayo 2019

SOBRE LA AUTORA:



Maite Sota (Cintruénigo, Navarra). Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Pediatría, 1997. Desarrolla su actividad profesional como pediatra de Atención Primaria desde 1997 en Pamplona.

Ha escrito poemas y cuentos infantiles de los que ha autoeditado varios. En 2012 escribe su primera novela para adultos, "Necoleto Pambí. Historia de una vida insípida", a la que le sigue en 2014 "El ser encadenado", ambas autoeditadas.

En mayo de 2017, de la mano de editorial Pamiela, publica "El informe Ulises", que vio su segunda edición en septiembre de 2017 y se presentó en este Colegio de Médicos en octubre del mismo año.

SINOPSIS:

Maite Sota desarrolla en esta nueva novela temas como la memoria, la guerra desatada en el 36, los vencedores y los vencidos, lo rural, la pérdida, el duelo o el nacimiento con una mezcla de lo íntimo, lo histórico y lo dramático a la manera de *El informe Ulises*, su anterior libro.

La soledad de la higuera tiene por protagonista a Teresa quien trata de reponerse del accidente que le arrebató a su hijo pequeño y a su compañero. Las cartas de amor encontradas en una vieja carpeta familiar le llevan a los años de la guerra y a conocer la historia de su familia, pero también le ofrecen la oportunidad de agarrarse a algo más allá de la mera supervivencia tras el infortunio.

El contenido de un extraño pen-drive, con la investigación periodística llevada a cabo por su recién desaparecido compañero, desata el miedo y la ira y produce una reacción en cadena donde la amistad y el amor llevan a Teresa, junto con Amalia y Jacques, de Pamplona a Burdeos para desenmascarar la corrupción impune que sustenta la esclavitud de los burdeles.

Las incógnitas que surgen sobre el accidente y el pánico que se extiende como las ramificaciones de una pesadilla, desaparecerán del todo cuando la higuera, que tan importante es en la trama de la novela, no proyecte más sombra que la de sí misma.

¿CUÁLES SON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MIR EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

SEGUNDA EDICIÓN DEL LIBRO “RESPONSABILIDAD DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, TUTORES Y RESIDENTES”

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) ha editado la segunda edición del libro ‘Responsabilidad de médicos especialistas, tutores y residentes’ con el objetivo de ofrecer una serie de pautas para afrontar situaciones frecuentes y otras que pueden resultar conflictivas en la práctica clínica diaria de estos profesionales, a partir de los derechos, deberes y responsabilidades adquiridas por cada uno de ellos.

El autor del manual es el Dr. Francisco Moreno Madrid, pediatra en el Hospital clínico San Cecilio de Granada, licenciado en Derecho, máster en Derecho Sanitario y tutor de residentes.

Uno de los valores de este manual reside en el estudio riguroso y minucioso, desde la vertiente jurisprudencial, de la responsabilidad que recae en cada uno de estos profesionales, y sobre la que existe escasa literatura. Esta segunda edición del manual aporta como novedad una parte dedicada a los médicos tutores, figura central y responsable del programa docente MIR y del seguimiento formativo de los futuros especialistas. Labores complejas que generan situaciones difíciles para las que se ofrecen claves de cómo afrontarlas en la práctica diaria.

Reflexiones finales y responsabilidades

El contenido del libro completa una serie de reflexiones finales.

Se recalca que el médico residente no debe realizar ningún acto médico sobre el que no se sienta preparado, aunque legalmente pueda hacerlo, tal como se recoge en el Código de Ética y de Deontología de la OMC.

Es destacable también que si el médico residente se extralimita en sus funciones y actúa sin la supervisión, vigilancia, dirección o asistencia del correspondiente especialista, y si se produce una lesión o daño, sí incurre en responsabilidad, independientemente de que al especialista le genere también “una responsabilidad *in vigilando*”.

Asimismo, se recomienda dejar siempre constancia de la supervisión en la historia clínica del paciente, convirtiéndose ésta en el mejor aliado de especialistas, tutores y residentes.

La supervisión exigible para el MIR no puede identificarse con la supervisión directa de todos los actos



Enlace del libro:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/responsabilidad_mir/

médicos, salvo para los residentes de primer año. Asimismo, la falta de supervisiones es considerada *per se* como una infracción de la *lex artis* por parte de la Administración sanitaria.

Respecto al tutor se señala que es su responsabilidad hacer compatible el derecho a la información de los pacientes con el objetivo final del MIR de conseguir su capacitación para el ejercicio autónomo de la profesión.

Por otra parte, el incumplimiento del deber de supervisión por los médicos especialistas se considera sancionable como una falta grave por infringir las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.

En caso de agresiones o ante cualquier riesgo contra la seguridad e integridad de los médicos residentes, los especialistas deben asumir la responsabilidad.

Finalmente, se indica que para que la tutoría pueda ser valorada como mérito, se requiere un nombramiento específico por el órgano directivo de la entidad titular de la unidad docente y realizar funciones específicas de tutor.

Nada es veneno, todo es veneno: la diferencia está en la dosis

(Paracelso. Alquimista y médico suizo. 1493-1541)

♦ IÑAKI SANTIAGO

Mi santa madre, y cuando digo santa sé de lo que hablo y por qué lo digo, me contó en cierta ocasión que una vecina suya de cuando la postguerra, la señora Juliana para más señas, tenía a bien cuando notaba calentura, untarse las piernas con pez (para los de la LOMCE les aclararé que no tiene nada que ver con animales acuáticos, sino que es un sinónimo de la brea y que sinónimo se refiere a palabras diferentes pero con el mismo significado). Pues esta buena mujer, la señá Juliana, que dirían los castizos, tenía una nieta que un buen día comenzó con fiebre e intensa cefalea. Asustados por los gritos de la chiquilla, los vecinos acudieron al domicilio para interesarse y ofrecer su ayuda. Mi madre (santa, insistiré las veces que haga falta) cuenta que nunca se le olvidará el cuadro que allí encontraron: la desdichada criatura con las piernas cubiertas de brea y la cabeza patéticamente jalonada por una gallina muerta sujeta con una cuerda, que permanecía inerme no se sabe si porque estaba muerta o asustada por los lastimeros alaridos de la pobre niña. La desgraciada falleció (la niña, no la gallina, que ya lo estaba) en pocas horas víctima de una agresiva meningitis.

Y esto lo traigo a colación porque recientemente los ministerios de sanidad y de ciencias han elaborado conjuntamente un listado con un montón de lo que han denominado pseudoterapias, intentando aquí englobar aquellas técnicas, prácticas,

procedimientos y disciplinas que no cumplen los mínimos criterios de lo que entendemos por evidencia científica, o sea, la demostración clara y meridiana de si aquello sirve o no para mejorar la salud perdida o recuperarla cuando se encuentra en precario estado. Y, al parecer, según los mencionados ministerios, ningún método del susodicho listado viene a cumplir la más mínima evidencia de eficacia.

De todos modos, intentemos ser sensatos, porque, con tanto cambio, se ha conseguido que la típica colleja educadora se haya transformado en algo tan rimbombante como las "*constelaciones sistémicas*" o el "*análisis transaccional*" (sic), para lo cual es fundamental realizar un buen coaching. ¿Pero no era buen coaching un generoso capón dado a tiempo? Por lo visto no, porque al parecer era una medida barata y, por tanto, no podía curar, ni arreglar nada. ¡Si mi querida abuela levantara la cabeza!

También han marcado como no aptos para el consumo sanitario los denominados "*ángeles de Atlantis*", entre los que, agárrense los machos, se encuentra el ángel de la guarda al que casi todos nosotros, yo por lo menos, le pedíamos que no nos desamparara ni de noche, ni de día. ¿Qué va a ser de nosotros si no podemos apelar al cuidado de los ángeles? ¡Por favor, señores ministros, hagan algo al respecto!

Otros sistemas introducidos en la famosa lista negra son multitud de

técnicas de masaje con nombre de lo más variopinto, cuando no bizarro. Y de todos ellos me ha llamado poderosamente la atención, amén de preocupado, ver que incluían ahí el "*masaje babandi*". Y me había impacientado porque pensaba que era de esos masajes que de tanto goce que te dan, acaba cayéndosete la baba del gusto, pero no, que no tiene nada que ver con eso. O sea, que a la porra con el *babandi* ese.

¿Y la orinoterapia? ¿Beber la orina? ¿Y por qué no también la miedoterapia? ¡Amos, hombre! Donde esté una cervecita bien fresca, que se quiten los orines calentorros, por mucha espumilla que tengan. En esto sí que estoy absolutamente de acuerdo con la decisión ministerial.

También han nominado como pseudoterapia a la "*técnica fosfénica*" que dicen que mejora la memoria. Yo, la verdad sea dicha, la única experiencia de esas que tengo fue cuando un verano me quedé gozosamente inconsciente en la playa, suavemente mecido en los cálidos brazos de los vapores de la siesta estival y, de repente, ante algún estímulo externo que no recuerdo, abrí los ojos bruscamente y me quedé turbado por una inesperada fulgurante luz solar que me dejó cinco minutos viendo un grueso y negro punto central ciego, dándome la amarga sensación de que no iba a recuperar la visión normal en mi vida. Y ahora que lo pienso, la "*técnica fosfénica*" esa igual sí tiene razón, porque me

acuerdo perfectamente de aquella amarga experiencia.

Y amenazan con que tienen no sé cuántas técnicas más en la recámara a punto de echarlas al saco de las pseudoterapias.

Que digo yo, que aquí uno coge una miga de pan del suelo, se le cura de golpe ese lumbago crónico que le llevaba martirizando los últimos quince años y a nada que sea un poco espabilado, monta una consulta de "migología" o de "técnica pánica" dirigida a la cura de crujidos espalderiles y otras reumas varias. Y la gente va y pica, nunca mejor dicho. Y el migólogo de turno a forrarse a costa de la desesperación y credulidad del prójimo.

Lo que antaño se denominaba sin ambages como un mero charlatán hoy en día se orla de un nombre rimbombante y ¡zás!, a ganar pasta a espuertas. Así empezó una famosa marca de bebida de cola a la que todavía le están buscando el supuesto beneficio: que si tiene propiedades antioxidantes, que si es anticancerígena,... En fin, lo único que sé es que afloja tornillos y desatasca tuberías (¡a veces incluso el esófago, que yo lo he visto!) y que, añadiéndole un par de hielos bien gordos, una hermosa rodaja de limón y un generoso chorro de un buen ron añejo, ¡pues a disfrutar un espléndido rato, oiga usted!, que los buenos momentos sí que curan de verdad.

En temas de salud seguiremos oyendo cosas de lo más estrambóticas y veremos lo inimaginable. Está grabado a fuego en el ADN del ser humano, capaz de lo más intrépido y peregrino a fin de conseguir sanar a sus semejantes. Y si es metiéndose en el saco unos cuantos *eureles*, pues mejor que mejor ¡Qué daño han hecho, hacen y harán los charlatanes y milagreros embaucadores que se aprovechan del padecimiento ajeno!

Ya lo decía mi santa madre:

– Pues has de saber que la señora Juliana, con todo lo simple y básica que era, aquello lo hacía con la mejor intención.

¡Faltaría más, señá Juliana!



LAS HIERBICAS PALIATIVAS

Aquella pobre mujer tenía un cáncer de los que carcomen las entrañas con malas artes. Como dice mi vecina “no le habían cogido a tiempo” (¿por qué siempre la culpa de lo malo se la echamos a los demás?) El caso es que la desdichada (la enferma, no mi vecina) sufría unos dolores tremendos por toda su anatomía, respondiendo deficientemente a los tratamientos analgésicos más potentes de nuestra vasta farmacopea. Por esta razón, su oncólogo le había recomendado el uso compasivo de cannabis.

El mismo día de la recomendación, ya por la tarde, la paciente apareció por Urgencias presentando un estado deplorable, caracterizado principalmente por una horrible sensación de mareo de difícil gobernanza, cortejado por una serie de ruidosas y espasmódicas arcadas que concluían en unos horripilantes e incoercibles vómitos de “nada”, porque la desgraciada ya había echado hasta la primera papilla.

Suplicaba que le calináramos tan azarosa sintomatología, que a duras penas se podía explicar por su patología tumoral de base. Hasta que llegó su hijo y con sus meridianas explicaciones aclaró semejante entuerto fisiopatológico.

–Es que yo a mi madre le quiero mogollón y no quiero verla sufrir
–explicó nervioso el preocupado vástago.

Y es que, siguiendo las indicaciones del oncólogo, nada más salir de la consulta el amante hijo dejó a su venerada progenitora en casa y, raudamente cual gacela, partió presuroso y veloz en busca de su amigo “el Paco”, también conocido en el barrio como “Paco, el camello”, a fin de que le surtiera del buen género magrebi que sabía a buenas luces que “el Paco” tenía en su poder.

Ya de vuelta en casa, a las primeras de cambio en que su madre pronunció un lastimero ¡ay! el afligido retoño le preparó una receta a fin de calmar sus aviesos dolores. La receta la contó en Urgencias ante la atenta mirada del médico que atendía a su convulsa y afectada madre:

–Pues cogí un par de cogollos de maría bien gordos, de los que le compré al Paco y con ellos le preparé a mi pobre madre un buen revuelto con huevos ¡Que yo no quería hacerle daño, eh?! –repetía angustiado el joven, con los ojos preñados de lágrimas.

La madre se recuperó del susto. Y, la verdad sea dicha, es que mientras estuvo en Urgencias se quejó de todo, menos de dolor. Pobre madre, tener un hijo tan solícito.

QUÉ MALO ES EL TABACO

Unas veces porque los buscamos, otras porque nos los vienen dados, el caso es que estamos en permanente exposición a aviesos y truculentos peligros.

A aquel varón metido en la cincuentena ya le había avisado su médico de que el tabaco le estaba deteriorando los bronquios de forma alarmante, por lo que, ayudado por diferentes métodos de tipo conductual y algo de fármacos *ad hoc*, consiguió dejar de fumar.

O eso parecía. El ciudadano en cuestión no fumaba en casa, delante de su familia, pero había cogido la insana costumbre de ir por la calle recogiendo colillas que chupaba ávidamente hasta quemarse los dedos.

Y en esas estaba cuando un día comenzó a encontrarse mal, como raro, como extraño, por lo que, ahíto de preocupación, acudió a urgencias suplicando ayuda profesional. Las náuseas escasamente le dejaban hablar y el mareo que tenía le impedía

mantener la cabeza erguida.

–¡Por favor, ayúdenme, que estoy muy mal! –suplicaba desesperado intentando fijar en un punto inexistente del infinito una mirada vidriosa y hueca.

–¿Pero qué le pasa? –preguntó intrigado el médico.

El paciente, no sin dificultad entre colosales y ruidosas bascas, explicó su inconfesable afición a recoger pavas del suelo y a fumárselas cual si no hubiera un mañana y añadió:

–Es que esta tarde... ¡brgggg! ... he pillado del suelo uno de esos cigarrillos liados... ¡brrrrggg! ... tan de moda y mientras me lo fumaba... ¡brrrrggg! ... notaba que sabía y olía raro y que la gente me miraba con una media sonrisa... ¡brgggg!

El médico, que se olió la tostada, solicitó una analítica de orina que dio la respuesta a tamaña situación: “cannabinoides positivo”. Y es que el cigarrico que se fumó el fulano no era de “esos tan de moda ahora”, sino de “esos tan de moda desde hace bastante tiempo”: los denominados “cigarricos de la risa”.

Desconozco si, pasado el susto, continuó con tan lamentables e inconfesables vicios: fumar y, peor aún, recoger colillas de discutible contenido y dudosa procedencia.

¡Angelicos!

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



Ventajas:

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

25 años de experiencia
organizanco eventos
profesionales y
sanitarios



Escanea
el código
QR para
obtener más
información

CONGRESOS COLEGIO DE MÉDICOS

Avda. Baja Navarra, 47 ▪ 31002 Pamplona

Tel. 948 22 60 93

FAX. 948 22 65 28

www.pamplonacongresos.es



Salón La Pérgola con capacidad para 200 personas



Colegio de Médicos, un lugar emblemático de Pamplona



Salón de Congresos con capacidad para 300 personas



Seguro de Automóvil



Sonia tiene que pasar la ITV,
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

Así de fácil...

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

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 913 43 47 00 / 902 30 30 10 Síguenos en y en nuestra APP

