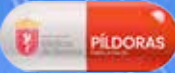




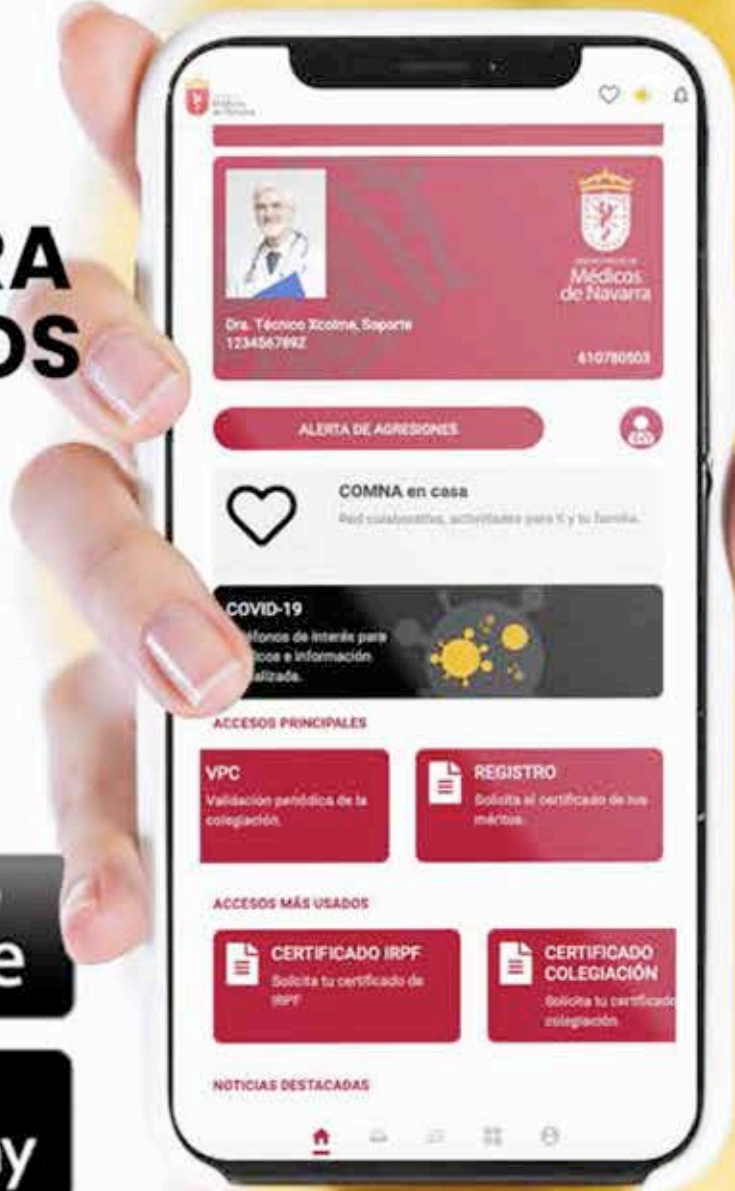
Plan Estratégico 2022-2026:

Digitalización e impulso a la Atención Primaria

- ◆ **VIII Certamen para MIR**
- ◆ **La enfermedad alcohólica:**
Una pluripatología pendiente de controlar
- ◆  **Redes sociales y adolescencia**
- ◆ **El Colegio de Médicos da la bienvenida a los nuevos MIR colegiados**



DESCARGA LA **APP** PARA COLEGIADOS DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE NAVARRA



¿QUÉ TE OFRECE LA NUEVA APP?

- ✓ TU CARNET DIGITAL SIEMPRE CONTIGO
- ✓ VENTAJAS QUE TE AYUDARÁN EN TU DÍA A DÍA
- ✓ TRÁMITES Y GESTIONES AL INSTANTE
- ✓ NOTICIAS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES

CON LA TECNOLOGÍA



SUMARIO

Consejo de Redacción:
Rafael Teijeira, Tomás Rubio,
Carlos Beaumont, Julio Duart y
María Sanz.

Comisión Científica:
Laura Barriuso, M^a Victoria
Güeto, Oscar Lecea, Rebeca
Hidalgo, Marcos Lama, Carlos
Panizo, Tomás Rubio y Enrique
Sáinz de Murieta.

Coordinación General:
Trini Díaz
Mónica Ruiz de la Cuesta
Gema Santamaría

Redacción y fotografía:
Trini Díaz.

Publicidad:
Tel: 948 22 60 93

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.

PRECIO:
6 Euros (IVA incluido)

En este número destacamos...

6 Digitalización y Atención Primaria:
Prioridades del Colegio de Médicos en
los tres próximos años.

12 Casos clínicos: Cuatro premiados en
el VIII Certamen de Casos Clínicos para
los MIR.

18 Bioética: Constituido el Comité de
Bioética de Navarra.

28 Píldoras para la salud:
Redes sociales y adolescencia:
La psiquiatra Ana González analiza la
situación y propone medidas.

40 Daniel de Frutos: Un MIR en el
Hospital Lariboisière de París.

46 Divulgación científica:
Juan Llor Baños, especialista en
Medicina Interna, analiza la enfermedad
alcohólica.

64 Libros:
Fátima Frutos: Autora de "La selva
bajo mi piel", Premio Albert Jovell de la
Fundación para la Protección Social de
la Organización Médica Colegial (OMC).

... y además.

4 Editorial: Un nuevo Plan Estratégico
(2022-2026).

**10 El Colegio de Médicos da la
bienvenida a los nuevos MIR
colegiados**

22 Conferencia Magistral de Lydia Feito.
Los retos de los comités de bioética

**26 X Encuentro de Coros de los Colegios
de Médicos.**

29 Restaurante El Colegio.

30 Formación.
Ecografía muscosquelética. La
conducta suicida. VIA RICA.

44 Sociedades Científicas.

56 Edipemiología y estadística.
Por Begoña Bermejo.

60 Clen College.

62 Viajes.
Calahorra: por Salvador Martín Cruz.

68 Anecdótico.
por Iñaki Santiago.

71 Acuerdos.
Cáncer de pulmón:
Colegio de Médicos y CUN
colaborarán en un programa pionero.

Síguenos para estar
informado de la
actualidad colegial y
profesional.





Rafael Teijeira Álvarez.
Presidente del Colegio de
Médicos de Navarra.



Un nuevo Plan Estratégico (2022-2026)

El pasado 29 de marzo celebramos la Asamblea General del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, tras la que asumimos el reto de elaborar un nuevo Plan Estratégico del Colegio de Médicos para el periodo 2022-2026 centrado, entre otros objetivos, en reflexionar sobre la situación actual de la prestación de los servicios sanitarios en nuestra comunidad y elaborar propuestas de mejoras al respecto. Somos conscientes de las múltiples interrelaciones entre salud y cambio climático y por eso, queremos valorar la contribución del Colegio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, desde la creación de un grupo de trabajo en la Organización Médica Colegial (OMC) sobre cambio climático, hasta el diseño y desarrollo de actuaciones concretas en el entorno local y regional, que tengan impactos positivos. El impulso a la cooperación y nuevas actividades como programas de fomento de la actividad deportiva son, también, objetivos de este nuevo Plan Estratégico.



Este año 2022, nos proponemos avanzar en el desarrollo digital del Colegio, mejorando nuestros datos de registro, facilitando la implantación de la firma electrónica a los profesionales que nos lo requieran y dando la mejor formación posible.

Desde el punto de vista de una organización nacional, entendemos que la renovación del Código Deontológico que se está tratando en la OMC es una necesidad que debe abordarse con urgencia. La Comisión Deontológica del Colegio, renovada parcialmente, ha trabajado, antes y ahora, con intensidad en la revisión de los textos, aportando argumentos para la redacción de un código más adecuado al momento actual de la profesión.

Desde el agradecimiento a todas las personas que forman parte del Colegio y sus empresas, quiero referirme a los Vocales de la Junta que desde su especialidad, la Atención Primaria, que consiguieron la participación de muchos de los profesionales de esta especialidad en los distintos documentos que se han elaborado desde el Colegio, sumando a las Sociedades Científicas en este empeño.

Mucho se está hablando de la situación de la Atención Primaria (AP), poniéndose de manifiesto por sus profesionales la necesidad de concretar medidas más allá de intenciones y documentos. Si algo tenemos claro es que, para conseguir mejoras en cualquier ámbito de salud debe

hacerse con los médicos. Cada servicio de hospital y cada equipo de AP es quien mejor conoce las necesidades. En consecuencia, parece oportuno proceder a la descentralización en la toma de decisiones, exigiendo resultados, sí, pero solo desde la autonomía y transversalidad de los equipos. Es evidente que es necesario dotar de más recursos a la sanidad, pero también que los profesionales a pie de servicio, puedan y deban gestionarlos. Por ello, instamos al ámbito político a que proceda ya a realizar las modificaciones normativas necesarias para acabar con la uniformidad en las decisiones.

No hay que olvidar que sanitariamente seguimos inmersos en una pandemia que, aunque socialmente hay una tendencia a olvidarla o minimizarla, sigue teniendo sus consecuencias sobre la actividad de los médicos, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la Atención Primaria. En este contexto, se discute sobre la falta de médicos, la creación de nuevas facultades o la necesidad de abrir la actividad a médicos sin especialidad acreditada para cubrir determinadas plazas... No faltan médicos, lo realmente necesario es hacer una planificación más adecuada de RR-HH. No hacen falta más facultades de medicina. En los últimos diez años, se ha incrementado el número de egresados de medicina en un 69,34%, en cambio la oferta de plazas MIR sólo se ha aumentado en un 20,50%. La solución tampoco está en facilitar el

acceso al sistema sanitario a profesionales extracomunitarios, sin la titulación que se les exige a los comunitarios, ya que puede afectar a la seguridad y calidad del servicio prestado.

En la última convocatoria MIR han quedado vacantes 215 plazas, de las que 200 corresponden a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, de las 8.188 ofertadas. Como se recoge en un informe de la Vocalía Nacional de Médicos Jóvenes y Promoción de Empleo del CGCOM, las causas son múltiples y las soluciones propuestas también deben serlo, eso sí, sin modificar el sistema de elección informada, que puede ser telemático, pero que tiene que ser en tiempo real o, como mínimo, bajando el número de personas convocadas por turno. Si en próximas convocatorias se produce de nuevo este hecho, mucho nos tememos que la especialidad más afectada seguirá siendo Medicina Familiar y Comunitaria, que en la primera adjudicación de esta convocatoria se ha visto afectada en el 9% de sus plazas. Pero cuidado, porcentualmente, también han sido afectadas otras especialidades de forma significativa, Medicina del Trabajo en el 7% de sus plazas, Medicina Preventiva y de Salud Pública en el 7% y Microbiología y Parasitología en el 5%. No podemos ni debemos olvidar tan rápido que, aunque todas las especialidades son importantes, en la atención de las emergencias sanitarias, como la COVID-19, éstas, entre otras, lo son especialmente.



Asamblea General del Colegio de Médicos de Navarra

Digitalización e impulso de la Atención Primaria, entre los objetivos prioritarios del Colegio de Médicos para los próximos 3 años

- La Asamblea de Médicos se plantea también su aportación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030
- Medena considera la Atención Primaria eje fundamental del sistema sanitario navarro



El nuevo código deontológico fue uno de los temas explicados en la reunión de este año. En el estrado Pilar León miembro de la Comisión de Ética y Deontología.



Los retos de la transformación digital, entre los que se sitúan el registro de profesionales, la firma electrónica y la formación son algunos de los objetivos que se ha marcado el Colegio Oficial de Médicos de Navarra, tal y como se puso de relieve en la Asamblea General celebrada el pasado martes, 29 de marzo, y en la que se informó también sobre la próxima elaboración del nuevo Código Deontológico.

Durante su presentación, el presidente del Colegio Oficial de Médicos

de Navarra, Rafael Teijeira, desglosó los diferentes temas del orden del día entre los que mencionó la salida de la Comisión Deontológica de Juana M^o Caballin Yarnoz, Juan Sanz Arroyo y Estrella Petrina Jáuregui.

Para este período 2022-2026, el Colegio de Médicos se plantea como líneas estratégicas: el análisis de la prestación de los servicios sanitarios (información, innovación y aplicación), la aportación del Colegio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030; la digitalización y salud digital

y las Buenas prácticas de Responsabilidad Social Institucional, además de un programa de fomento de la actividad deportiva

La Asamblea del Colegio de Médicos aprobó también, entre otras cuestiones, los presupuestos de 2022, además de dar a conocer los nuevos miembros incorporados a algunas comisiones y los informes realizados por las distintas áreas.

En cuanto al ejercicio económico, Rafael Teijeira destacó que, a pesar de haber sido un año complicado con la intensificación de los efectos de la pandemia en todos los niveles, se ha negociado un nuevo periodo de carencia de dos años para afrontar la deuda con la OMC (Consejo General y Fundación), evitando generar nueva deuda con dicha institución y con ninguna entidad financiera, cumpliendo en este sentido el objetivo marcado.

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra Rafael Teijeira durante su explicación en la Asamblea de Médicos.



VACUNACIÓN PREFERENTE FRENTE AL COVID-19

Teijeira resaltó, por otra parte, el buen resultado de la promoción de la vacunación frente al Covid-19 entre los médicos, con una campaña que se desarrolló durante seis meses y en la que agradeció, especialmente, en nombre del Colegio de Médicos, el apoyo de la directora gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral del Gobierno de Navarra, Marian Nuin.



COLEGIO DE MÉDICOS

IMPULSO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Asimismo, el presidente mostró su satisfacción por el programa de acciones realizado para mejorar e impulsar la Atención Primaria en colaboración con otros organismos y colectivos y con una alta participación en la elaboración de los documentos.

El Colegio ha contribuido así, y lo seguirá haciendo, al objetivo de conseguir que la Atención Primaria sea el eje fundamental del sistema sanitario de Navarra, tal y como se planteó desde finales de 2020 por Orden Foral de la Dirección General de Salud del Ejecutivo navarro -normativa desarrollada en 2021- mediante consultas y participación de los diferentes colectivos integrantes del servicio sanitario. En este sentido, Rafael Teijeira apuntó el esfuerzo realizado por los profesionales, con las encuestas a los equipos de atención primaria (EAP), con médicos como directores, con la recopilación y envío de respuestas y el compromiso del Colegio de Médicos de Navarra de estudiar respuestas concretas.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN ELECTRÓNICO

Teijeira resaltó que el Consejo General de Médicos ha sido pionero en la implantación del certificado médico de defunción electrónico que otorga más seguridad y confidencialidad y minimiza posibles errores. Este certificado ha sido iniciativa del Consejo General de Médicos en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y agiliza también el tratamiento de los datos para los ciudadanos. En este proyecto se ha colaborado, entre los meses de junio y septiembre con las clínicas San Miguel, San Juan de Dios, la residencia de la Casa Misericordia y con centros de salud de Tafalla, mediante actividades formativas, así como en colaboración con la Clínica Universitaria de Navarra. Es intención del Colegio de Médicos seguir impulsando este proyecto, tal y como aseguró su presidente, Rafael Teijeira.

RECONOCIMIENTOS

En 2021 hubo también reconocimientos tanto para el Colegio de Médicos como para sus integrantes. Así, el Tribunal Superior de Justicia de Navarra reconoció la labor de los sanitarios durante la pandemia, a través de la entrega de una placa conmemorativa al presidente de la institución, **Rafael Teijeira**, por parte del presidente del Tribunal, **Joaquín Galve Sauras**.

Por otra parte, el nefrólogo **Juan José Unzué** obtuvo el Premio al Mérito Profesional 2020, otorgado por la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Asimismo, **Félix Barcena**, médico de Atención Primaria, y **Juan María Guergué**, intensivista, recibieron el galardón Sánchez Nicolay a las Buenas Prácticas Médicas que otorga el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

*Vista de los asistentes
a la Asamblea de
Médicos de este año. ▼*



OBJETIVOS DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE NAVARRA 2022-2026

DIGITALIZACIÓN: Modelos mixtos presencial y digital de prestación de servicios.	En materia de digitalización se han realizado entre otras cuestiones: • Sistema de gestión de enlaces de interés. • Formulario de agresiones. • Patronato de huérfanos: Añadido el formulario de alta en el formulario de nueva colegiación. • Nuevo sistema web, estética totalmente renovada con la funcionalidad de la app. • Adaptación de los servicios app en web. • Creación de sistema "En Desarrollo" para nueva web corporativa. • Desarrollo de un nuevo sistema de gestión documental.
COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA	Impulsar el fomento de la colaboración, mediante conciertos, entre el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea y otras entidades sanitarias de iniciativa privada: desde hospitales, hasta otros servicios sanitarios de atención específica en determinadas especialidades médicas, laboratorios, radiodiagnóstico o centros de carácter socio-sanitario, entre otros.
COOPERACIÓN INTERNACIONAL	Desde el Colegio de Médicos de Navarra, se da soporte y asesoramiento a los diferentes colegiados que quieran participar en ayuda humanitaria. Siendo el COMNA un lugar para compartir experiencias y formación para conseguir que los colegiados vayan en las mejores condiciones posibles para optimizar la calidad asistencial. La oficina se dirige al voluntario y cooperante médico y los objetivos principales que se buscan son: asesoramiento a los colegiados en términos legales, jurídicos y asistenciales; apoyo institucional y económico posible; formación en el contexto de la ayuda humanitaria y facilitar el contacto e intercambio de los colegiados con las diversas organizaciones y ONG.
FORMACIÓN: Proyectos de ayuda a la formación para la reducción de la brecha digital a los colegiados.	• Creación del sistema de formación acreditada telepresencial. • Renovación del sistema de exámenes y encuestas. • Automatización del sistema sms. • Renovación completa de la web de congresos.
DESARROLLO SANITARIO: PROYECTOS PILOTO	El Colegio de Médicos de Navarra se fijó ya en 2019 varias claves para mejorar el sistema sanitario, centrado en las personas y fundamentado en la equidad, sostenibilidad y una atención al paciente de calidad y segura. Entre los retos destacan: profesionalización de la gestión, cronicidad, atención comunitaria y prevención, medicina basada en el valor, autogestión y motivación de los profesionales, planificación en la renovación de la obsolescencia tecnológica, control del gasto farmacéutico, trabajo en red, homogeneización de los sistemas de apoyo informático, análisis demográfico para ajustar necesidades de personal, máxima transparencia, etc. Potenciar la Atención Primaria con más responsabilidad y estructura como centro del sistema. Potenciar el trabajo en red con otras instituciones sanitarias, académicas... Aumentar la innovación de las TICs, consiguiendo que sea el propio paciente, acompañado de los profesionales, el que se responsabilice de su proceso. Potenciar la innovación e investigación.

El Colegio de Médicos da la bienvenida a los nuevos MIR colegiados

- ◆ La Junta del órgano colegiado mostró su apoyo a los 144 médicos residentes de primer año que se han dado de alta este año, además de explicarles las ventajas de formar parte del Colegio.

Un total de 144 médicos internos residentes, que han comenzado su formación especializada este mismo año en la red sanitaria navarra, se dieron cita el pasado 27 de junio, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Navarra, para participar en el acto de bienvenida que les organizó el órgano colegiado.

Durante la ceremonia recibieron el apoyo de la profesión, a la vez que les dieron a conocer los servicios y actividades que les ofrece el Colegio, en las que les animaron a participar.

Los encargados de dar la bienvenida, así como la información comentada, fueron el presidente y el secretario del Colegio, Rafael Teijeira y Julio Duart, respectivamente. Entre otras cuestiones, les ofrecieron detalles sobre el Certamen de Casos Clínicos para MIRs, que se celebra todos los años. También explicaron las becas Dr. Ignacio Landeche para el Apoyo a la Formación MIR, financiadas por la empresa farmacéutica Cinfa, y cuyo objetivo es subvencionar estancias en centros sanitarios



En la mesa, de izda a dcha, Julio Duart, secretario del Colegio de Médicos de Navarra (COMNA), la vocal de Médicos Tutores Amaya Sola, el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teijeira, y Joaquín de Carlos, vocal de Médicos Jóvenes. ▲

nacionales e internacionales de reconocido prestigio. Además, Teijeira y Duart dieron cuenta a los nuevos colegiados de los programas formativos existentes para la prevención, promoción y protección de la salud del MIR.



Los nuevos colegiados, y nuevos médicos residentes de 2022, durante el acto de bienvenida que se les ofreció en la sede del Colegio de Médicos de Navarra. ▲

LAS RAÍCES DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

Durante el acto, intervino también Joaquín de Carlos, vocal de Médicos Jóvenes, quien destacó la residencia como “el momento de empezar a echar raíces y de regar día tras día nuestras habilidades como médicos, con ilusión y perseverancia. Nuestra actividad requiere de unas raíces que son el conocimiento teórico, práctico y ético, que nos va a permitir curar en algunas situaciones, aliviar en otras y en muchas acompañar”. Terminó con un consejo: “disfrutad del camino y de la gente que os acompaña mientras lo vais recorriendo”.

La vocal de Médicos Tutores, Amaya Sola, felicitó a los nuevos residentes por elegir Navarra y les animó a superar dudas y dificultades contando siempre con la ayuda de los tutores, compañeros de equipo y de la profesión, a través del Colegio de Médicos. “No olvidéis -subrayó- que en vuestra faceta asistencial el pilar fundamental es el paciente. Intentad siempre que esté orgulloso de vosotros, tanto en la vertiente humana como en la científica”.

POR QUÉ SER SOCIO PROTECTOR

La Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Co-

legial (FPSOMC) es el órgano de solidaridad de todos los médicos colegiados de España. Durante la jornada de bienvenida, los nuevos colegiados recibieron información sobre la importancia de ser socio protector de dicha fundación desde la residencia. “Siendo socio protector -describieron- puedes ayudar a otros médicos y a familias con necesidades especiales de protección social”.

Las ayudas de la Fundación se dirigen a los socios protectores, sus cónyuges o pareja de hecho, hijos y padre/madre, de acuerdo a los criterios establecidos en el Catálogo Anual de ayudas aprobados por el Patronato de la Fundación.

VIII CERTAMEN DE CASOS CLÍNICOS PARA MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES

En la última edición se presentaron 54 casos, de los que cuatro resultaron premiados

La residente de Cirugía Oral y Maxilofacial Almudena Zabalegui Marco (Hospital Universitario de Navarra) se alzó el pasado febrero con el primer premio de Comunicaciones Orales del VIII Certamen de Casos Clínicos para Médicos Internos Residentes (MIR) colegiados en Navarra, de entre los 54 casos presentados (48 válidos) en esta última edición. El segundo y tercer premio correspondieron, respectivamente, a Miriam Fernández Parrado (Dermatología, Hospital Universitario de Navarra) y a Julio César Moreno Alfonso (Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra). El premio al mejor Póster

fue para César Urtasun Iriarte (Radio-diagnóstico, Clínica Universidad de Navarra).

El Colegio Oficial de Médicos de Navarra convocó el VIII Certamen de Casos Clínicos para MIR el pasado octubre. El plazo para la recepción de los casos clínicos estuvo abierto desde el 1 hasta el 31 de octubre. De entre los casos presentados, se realizó durante el mes de enero una selección, mediante sistema de plicas cerradas: 6 casos para presentación oral y 14 en formato póster digital.

La presentación de los casos finalistas tuvo lugar durante el mes de febrero en la sede colegial.

IMPULSAR LA FORMACIÓN Y EL CV

Por octava vez, el certamen cumplió con su objetivo de ayudar a la formación de los médicos residentes y de colaborar con su currículum vitae. Como en todas las ediciones anteriores, los miembros del jurado valoraron en los trabajos presentados diferentes cuestiones entre las que destacan el interés didáctico y formativo, la calidad científico-técnica, así como las aportaciones novedosas y el modo de presentación del caso clínico correspondiente.



EL JURADO

El tribunal calificador estuvo compuesto por los siguientes miembros:

- **Joaquín de Carlos Artajo**, representante de la vocalía de médicos jóvenes del COMNA y especialista en Endocrinología y Nutrición.
- **Clint Jean Louis**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- **Ciro Miranda**, especialista en Cirugía General.
- **Carmen Martínez Velasco**, especialista en Medicina Interna.
- **Tomás Rubio Vela**, vicepresidente del COMNA.

A la vista de los trabajos que han concurrido a esta VIII edición del Certamen, el jurado ha mostrado su satisfacción con la calidad de los casos clínicos presentados a la actual convocatoria.



Premio a la mejor
Comunicación Oral:

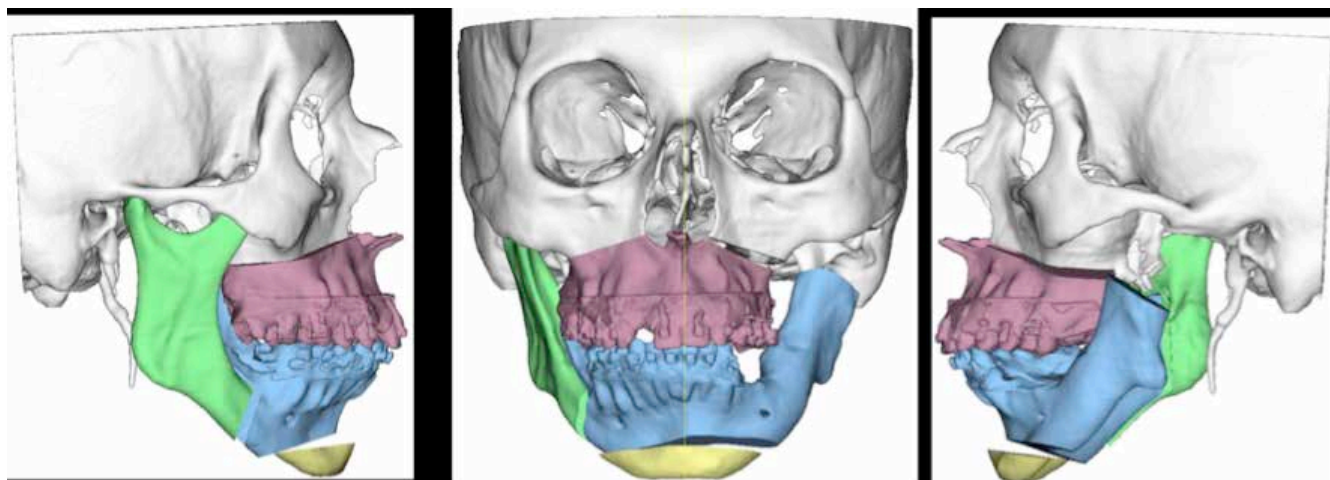
Autora:

Almudena Zabalegui Marco
(Cirugía Oral y Maxilofacial)

**Prótesis customizada
de la articulación
temporomandibular
concomitante con cirugía
ortognática bimaxilar
para el tratamiento
de una anquilosis
temporomandibular**

PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 3D.

A)
Diseño 3D de los movimientos quirúrgicos y
de las osteotomías maxilares,



RESUMEN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 48 años, natural de Bolivia, que sufrió una artritis séptica de la articulación temporomandibular en la infancia, como complicación de una amigdalitis, que, debido al entorno rural en el que vivía entonces la paciente y las escasas posibilidades económicas, no pudo tratarse. Se trata de una patología que, en nuestro medio, con una terapia antibiótica y un drenaje quirúrgico se hubiera solucionado.

Sin embargo, la paciente sufrió una de las peores complicaciones de esta patología que es la anquilosis de la articulación y que le produjo una gran deformidad craneofacial con una repercusión clínica, fenotípica y social importante.

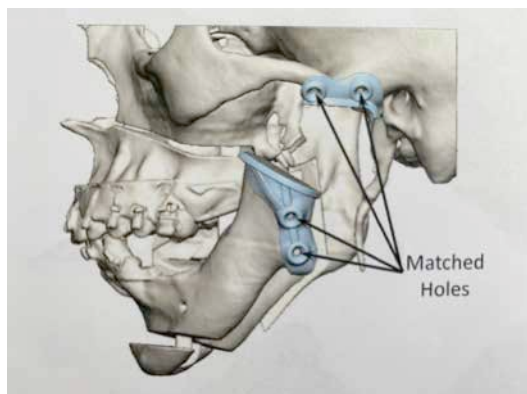
La comunicación describe con detalle el diagnóstico, planificación 3D preoperatoria y el complejo tratamiento quirúrgico de la paciente, que consistió en la resección del bloque

anquilótico de la articulación, junto con la confección de una prótesis customizada de la ATM concomitante con cirugía ortognática bimaxilar.

Un caso poco frecuente en nuestro medio, de una alta exigencia diagnóstica y quirúrgica por los altos riesgos descritos en el artículo, pero con un resultado muy favorable para la paciente y los cirujanos, así como una resolución exitosa de la clínica de la paciente.

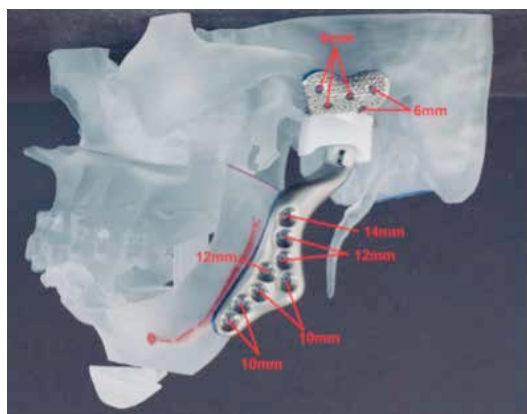
B)

Diseño 3D de las guías de corte para la resección del bloque anquilótico e impresión 3D de modelo estereolitográfico para uso intraquirúrgico.



C)

Diseño 3D prótesis customizada, con segmento condíleo y segmentos de fosa glenoidea, y de los tornillos.



MOTIVACIÓN

"Se trata de un caso poco frecuente en nuestro medio, pero cuyo diagnóstico y tratamiento es de enorme complejidad. Gracias al desarrollo tecnológico pudimos, en equipo, realizar una adecuada planificación en 3D y logramos resultados muy satisfactorios".

"La elección de este caso residió en que con él logramos lo que para mí son los 3 objetivos de un tratamiento quirúrgico en el área maxilofacial: salud, función y estética (en este orden). En primer lugar, la **salud**: gracias a esta cirugía la paciente puede abrir la boca y así cepillarse, evitando mayores pérdidas de piezas remanentes dentales, además de haber solucionado su Síndrome de Apnea Hipoapnea Obstruktiva del sueño (SAHOS). En segundo lugar, hemos restablecido la **función**: la paciente puede volver a masticar y hablar sin dificultad, entre otras cosas. Y en último lugar, pero no menos importante, la **estética**. Es indudable el buen resultado estético y por ello la mejora de la autoestima de la paciente"

Premio al Mejor
Póster:

Autor:
César Urtasun Iriarte
(Radiodiagnóstico)

Neumomediastino espontáneo en un neonato: el efecto macklin



RESUMEN DEL CASO

Este caso clínico fue el de un niño recién nacido que, tras un parto normal y sin presentar ningún antecedente familiar o personal de riesgo, comenzó con clínica de trabajo respiratorio. Dado el rápido empeoramiento, se decidió su ingreso en UCI-pediátrica y se realizaron estudios de imagen (radiografía y TC de tórax), además de *múltiples pruebas*. *Pasados unos días y habiendo descartado diagnósticos diferenciales, el neonato mejoró con medidas de soporte hasta la resolución completa. El diagnóstico por imagen fue el de un neumomediastino de causa espontánea, sospechado en radiografía y confirmado por TC de tórax.*

MOTIVACIÓN

“Lo que me llamó la atención y me llevó a presentar el caso fueron tres factores: primero, la correlación clínico-radiológica y el importante rol de la imagen en la decisión y manejo clínico del paciente; segundo, la creación de un protocolo personalizado de TC por parte del radiólogo que permitiese realizar un estudio de calidad diagnóstica en un recién nacido con dosis efectiva (0,02 mSv), equivalente a la de una placa de tórax; y tercero, el interesante mecanismo fisiopatológico del neumomediastino y la correlación anatomopatológica con la imagen a diferentes niveles, pilar de mi trabajo a propósito del caso”.





Segundo premio Comunicación Oral:

Autora:

Miriam Fernández Parrado
(Dermatología)

Marchiafava-Bignami. Reto diagnóstico en pacientes con consumo crónico de alcohol

RESUMEN DEL CASO

El síndrome Marchiafava-Bignami es una rara entidad clásicamente asociada al consumo crónico de alcohol. Si no se sospecha, es una patología muy difícil de diagnosticar dado que sus síntomas, mayoritariamente neuropsiquiátricos (convulsiones, estado de apatía o abulia, ensimismamiento o dificultad para ejecutar órdenes complejas) son inespecíficos y pueden llevar a la confusión con otras enfermedades más frecuentes.

Antiguamente, las personas con enolismo crónico eran aquellas que pasaban el día pegadas a una botella de un licor de alta graduación.

Sin embargo, los patrones están cambiando, y consumir 4-5 cervezas diarias también representa un abuso crónico de alcohol que puede desembocar en patologías como la elegida en este caso.

Lo más destacable no es el hecho de haber llegado al diagnóstico correcto, si no el proceso diagnóstico en sí. Mediante la realización de diversas pruebas (primero, más generales y, después, otras más específicas) se descartaron patologías más frecuentes asociadas al consumo perjudicial de alcohol o que pudieran ser causa de convulsiones, síntoma con el que debutó nuestro paciente.

MOTIVACIÓN

“Quizá una pregunta que surja es ¿por qué una residente de Dermatología decide presentar un caso de un síndrome neuropsiquiátrico en el contexto de alcoholismo crónico? ¿Hay manifestaciones cutáneas? La respuesta es no, la piel no resulta afectada en el síndrome Marchiafava-Bignami. Durante mi rotación en Medicina Interna, encontré a dos personas, Iñaki Otermin y Joao Modesto, que supieron inculcarme las ganas de aprender, relacionar e involucrarme en cada caso, aunque nada tuviera que ver con mi especialidad, porque al final todos somos médicos, sin etiquetas”.



Tercer premio Comunicación Oral:

Autor:

Julio César Moreno Alfonso
(Cirugía Pediátrica)

Síndrome del manillar de bicicleta. A propósito de un caso de trauma abdominal en pediatría

RESUMEN DEL CASO

Se trata del caso de un paciente de 6 años que sufrió un trauma cerrado de abdomen con el manillar de la bicicleta, con hallazgos clínicos y radiológicos inicialmente inespecíficos. Sin embargo, en el seguimiento evolutivo, se identificó una perforación intestinal reparada quirúrgicamente con éxito, a través de un abordaje mínimamente invasivo transumbilical.

Cabe destacar que en el caso presentado una laparotomía hubiese sido el abordaje estándar. No

obstante, realizamos un abordaje video-asistido transumbilical que combina las ventajas de la laparoscopia y de la cirugía abierta, con un resultado estético excelente al dejar una única cicatriz en el ombligo. "Esto fue posible gracias a la amplia experiencia que hemos obtenido tras más de 1.000 apendicectomías realizadas por vía transumbilical, lo que nos permite extrapolar esta técnica con seguridad a otras indicaciones, incluido el trauma".

MOTIVACIÓN

"Compartimos este caso porque los accidentes en bicicleta continúan siendo una causa importante de morbilidad en pediatría y las lesiones intestinales traumáticas son infrecuentes en esta población, pudiendo suponer un reto diagnóstico. Es importante un examen físico minucioso teniendo siempre una alta sospecha de lesión intestinal fundamentada en el mecanismo traumático y así realizar imágenes diagnósticas dirigidas, para llegar a un diagnóstico oportuno".

Navarra ya cuenta con su propio Comité de Bioética

Con el objetivo de asesorar y coordinar en materia sanitaria, el órgano consultivo, integrado por 21 referentes del ámbito sanitario, jurídico y ético, celebró el pasado 17 de junio su reunión de constitución



Integrantes del Comité de Bioética de Navarra durante la reunión de constitución del organismo.

Navarra acaba de poner en marcha un Comité de Bioética, órgano consultivo dirigido a asesorar y guiar las actuaciones en materia sanitaria en la Comunidad Foral. Integrado por un total de 21 personas referentes del ámbito sanitario, jurídico y de humanidades, celebró el pasado 17 de junio su reunión

constitutiva. El Comité nace con el objetivo de desarrollar labores de asesoramiento a representantes políticos, sociales, profesionales y ciudadanía en general.

El acto estuvo presidido por la consejera de Salud, Santos Induráin, acompañada del director general de Salud, Carlos Artundo. La jornada de constitución del órgano consultivo

AGLUTINADOR DE TODOS LOS COMITÉS DE ÉTICA SANITARIOS

finalizó con una conferencia magistral sobre “Los retos de los comités de bioética hoy”, a cargo de Lydia Feito, profesora e investigadora de la Universidad Complutense de Madrid y actual presidenta de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

El decreto foral 118/2021, aprobado en diciembre de 2021, recoge la creación y regulación del Comité de Bioética de la Comunidad Foral de Navarra. Dicha regulación normativa es fruto de un amplio proceso de participación ciudadana, articulada a lo largo de una fase de información pública desarrollada entre el 28 de mayo y el 21 de junio de 2021. Durante este periodo, se invitó a participar a colegios profesionales, comités de ética y deontología asistenciales de Navarra, miembros del Observatorio de la muerte digna en Navarra, la Agencia Navarra para la Dependencia y el Departamento de Salud, además de la ciudadanía en general, recibándose 43 aportaciones de 9 agentes participantes, resultando aceptadas dos tercios del total.

Hasta ahora en Navarra desarrollan su labor los distintos comités de ética asistencial de los centros hospitalarios (públicos y privados), que en el caso de Tudela y Estella-Lizarra son de Área, acreditados todos ellos por el Departamento de Salud, además del Comité Ético de la Investigación Clínica, y el Comité de Ética en la atención social. Sin embargo, **se hacía preciso crear un comité integrador de carácter consultivo que desarrollara sus funciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas de la medicina y ciencias de la salud, con pleno sometimiento al ordenamiento jurídico.** El Comité incluye a todos los existentes, y cuenta con representatividad de todos los ámbitos a los que afecta, para poder prestar apoyo en la toma de decisiones, sirviendo de referencia a los Comités de Ética Asistencial.

FUNCIONES DEL COMITÉ

Por su trabajo en el campo de la Bioética, el Comité se ocupa de orientar sobre las decisiones que se toman en la práctica profesional que afectan a la salud pública, los derechos humanos, la regulación de los avances científicos, y las decisiones individuales. Esto afecta a derechos, valores y principios morales, así como a decisiones sobre políticas de salud, siempre en el marco de la defensa de la dignidad humana.

El ámbito de actuación del Comité será el de todas las áreas relativas a la salud humana, tanto en la esfera comunitaria como en la sanitaria individual, preventiva, curativa y rehabilitadora. Además, a abarcará las esferas docente e investigadora.

Entre sus funciones concretas destacan: favorecer la homogeneidad de los protocolos y procedimientos de trabajo que pongan en valor el respeto por la dignidad de las personas, especialmente en situaciones de controversia o conflicto; emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud; fomentar la formación y la información de la comunidad científica y de la sociedad, armonizando el conocimiento científico y la Bioética; y promover y desarrollar el debate, la educación y la sensibilización de la sociedad sobre cuestiones bioéticas, impulsando su participación. Dado su carácter consultivo y asesor, los informes realizados por el Comité no serán vinculantes.



COLEGIO DE MÉDICOS – BIOÉTICA

COMPOSICIÓN MULTIDISCIPLINAR

El Comité de Bioética tiene una composición multidisciplinar y está integrado por profesionales con acreditada cualificación en el mundo científico o jurídico en esta materia.

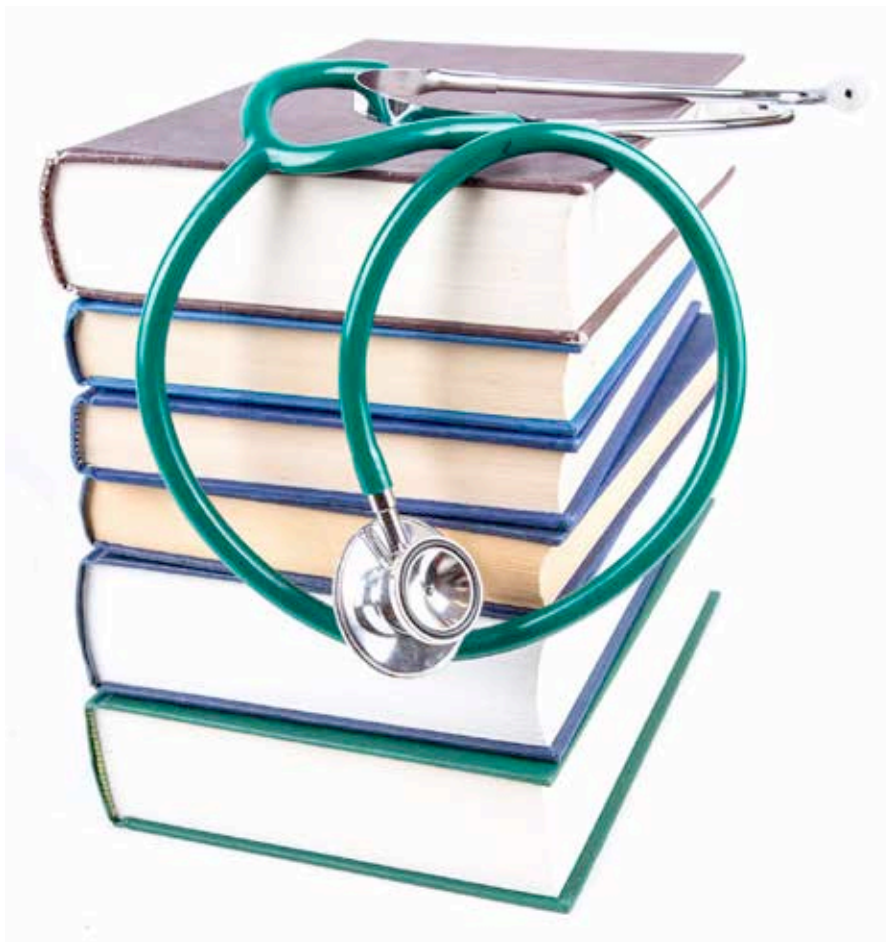
Las personas integrantes han sido nombradas por la orden foral 186E/2022, de 25 de mayo, de la consejera de Salud, por la que se designan los miembros del Comité de Bioética de la Comunidad Foral de Navarra, por un periodo de cinco años, que podrán ser prorrogadas en su nombramiento una sola vez, por el mismo periodo.

El Comité estará formado por 21 personas.

El **primer bloque** lo forman 5 personas elegidas entre personal de los ámbitos de la medicina, de enfermería, de psicología, de trabajo social, de farmacia, y de otros profesionales de las Ciencias de la Salud con formación y experiencia contrastadas en materia de Bioética.

En concreto los miembros que lo componen:

- **Romero Agramonte Vergara**, enfermera, máster en Bioética, miembro del Comité Asistencial del Centro Hospitalario Benito Menni.
- **Juan Pedro Arbizu**, psicólogo clínico, miembro del Comité de ética del Hospital San Juan de Dios y miembro de la comisión de Deontología del su colegio profesional.
- **Juana Caballín Yárnoz**, médica, Máster en Bioética y en Gerontología, vocal de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Navarra.
- **Pilar León Sanz**, catedrática de Historia de la Medicina y ética médica, miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC, del Comité asistencial de la Clínica Universidad de Navarra y del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad de Navarra.
- **Catalina Napal Lecumberri**, trabajadora social con formación en bioética y cuidados paliativos, ha formado parte de Comités de ética asistencial.



El **segundo bloque** lo componen tres personas con formación jurídica relacionada con Biomedicina, Biode-recho y Derecho sanitario, profesores de la Universidad Pública de Navarra (UPNA):

- **María Jorqui Azofra**, licenciada en Derecho en la UPNA y doctora en Derecho por la UNED.
- **Raquel Luquin Bergareche**, doctora en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).
- **Luis Sarrato Martínez**, licenciado en Derecho por la Universidad de Navarra, abogado especialista en Derecho Sanitario y Farmacéutico.

Además, completan el Comité otras personas expertas en los campos de Humanidades y Ciencias Sociales:

- **Jon Arrizabalaga Valvuen**a, historiador de la Medicina y la Ciencia; profesor de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- **Camino Oslé Guerendiain**, diplomada en Trabajo Social, licenciada y doctora en Pedagogía por la Universidad de Navarra, máster en Gerontología Aplicada por la Universidad de Barcelona.
- **Javier Tejada Palacios**, catedrático emérito de Física de la Materia Condensada en la Facultad de Física de la Universidad de Barcelona.

Asimismo, lo integran personas del ámbito comunitario y de Salud Pública:

- **Almudena Sánchez Villegas**, doctora en Farmacia por la Universidad de Navarra, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UPNA.
- **Genoveva Ochando Ortiz**, directora del Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías del Departamento de Salud. Una persona de entre los servicios públicos que velan por los derechos y deberes de la ciudadanía.
- **Isabel Gil Aldea**, licenciada en Farmacia. Integrante del Comité Ético de la Investigación Clínica de la Comunidad Foral.

Finalmente, forman parte una persona integrante por cada uno de los comités de ética asistencial, por designación de su presidencia:

- **Javier Blázquez Ruiz**, por el Comité de ética del Complejo Hospitalario.
- **Marta Calatayud Casas**, Comité de ética del Hospital San Juan de Dios.
- **Beatriz Chapi Peña**, Comité de ética del Área de Salud de Tudela;
- **Alicia Resano Gurpegui**, Comité de ética del Área de Salud de Estella-Lizarra.
- **María José Yepes Temiño**, comité de ética de la Clínica Universidad de Navarra.
- **Cristina Garriz Murillo**, del Comité de Ética en la Atención Social de Navarra.

Una vez nombrados los miembros del Comité de Bioética de Navarra, y constituido el Comité, el siguiente paso es elaborar su reglamento de régimen interno, y elegir la presidencia y vicepresidencia.

Laura Díaz de Cerio ejercerá las funciones de secretaría, por nombramiento del Departamento de Salud, siguiendo las indicaciones del Decreto Foral.

Lydia Feito Grande: “La deliberación es el método regio de la ética”

La doctora y profesora en Bioética y Humanidades Médicas de la UCM pronunció la conferencia magistral titulada ‘Los retos de los comités de bioética hoy’, tras la sesión constitutiva del Comité de Bioética de Navarra

[Enlace al vídeo](#)

“La ética es, ante todo, un modo de estar en el mundo, una manera de afrontar las situaciones complejas y difíciles a las que la realidad nos aboca”, subrayó Lydia Feito Grande, profesora de Bioética y Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, durante la conferencia magistral que pronunció como broche final de la jornada constitutiva del primer Comité de Bioética de Navarra, el pasado 17 de junio. Con el título “sobre ‘Los retos de los comités de bioética hoy’”, Feito ofreció a los asistentes un descriptivo y razonado repaso por la historia de los comités de ética y la evolución de sus funciones, desde el reconocido comité de Seattle de los años setenta, hasta la actualidad.

En sus inicios, los comités de ética tenían una función instrumental y pragmática. Inicialmente -abordó- comités tan famosos como el de Seattle tenían que decidir cuestiones relativas a la asignación de recursos escasos. “Posteriormente nos hemos dado cuenta de que trabajar en la gestión de los recursos probablemente no debería ser una de las competencias principales de los comités”, señaló Feito. En principio, planteó la experta, “los comités de ética tienen como función principal resolver los conflictos que se puedan ocasionar en el entorno asistencial”.

DISTINTOS TIPOS DE COMITÉS

En su conferencia, la profesora de Bioética realizó un recorrido por los diferentes tipos de comités de ética que existen actualmente y que atienden a los distintos contextos en los que se enmarcan, con competencias distintas y marcadas diferencias respecto de los demás.

Comparten, no obstante, aseguró, una serie de ideas comunes, “como la de que el principal cometido de los comités de ética **no es determinar las conductas correctas o la de juzgar las acciones que llevan a cabo los profesionales**, sino resolver situaciones conflictivas, asesorando u ofreciendo pautas a los profesionales para su toma de decisiones”. Cuestiones que deben desarrollar “sin buscar jerarquías en los valores en conflicto sino articulando los diferentes valores implicados”, expuso. Por último, determinó una función más amplia: la de promocionar esos valores fundamentales en la tarea asistencial, con lo cual el objetivo final será el de **la búsqueda de una mayor calidad en la asistencia**.

Propuso en este sentido que para el cumplimiento de todas estas funciones los comités de ética deberían trabajar mediante un método deliberativo.

*La doctora
Lydia Feito
Grande
durante
su clase
magistral.*

LA BÚSQUEDA DE UN MÉTODO

Para llegar a esta consideración, Feito recorrió los principales hitos en la búsqueda histórica de un método adecuado de trabajo. Recordó así el diseño de Beauchap y Childress de los años 70 que establecía el cumplimiento de cuatro principios: el de **no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y el principio de justicia**. Principios que, inicialmente, se entendían como obligatorios pero que requerían una dinámica de ponderación y especificación mediante reglas de actuación conforme a la sociedad en la que se desarrollaban.

De este modo, desembocaron en una jerarquización en principios de mínimos y de máximos. Los de mínimos, aquellos de obligado cumplimiento y que aportaran consenso en cualquier sociedad en las que se aplicasen. Los principios de máximos, serían los relacionados con las convicciones personales, las propuestas de vida buena, describió, “principios que por tanto no se pueden exigir como obligatorios”.

El ejemplo paradigmático de las normas de mínimos, ilustró la experta, “se situaría en la declaración

universal de los derechos humanos, principios que consideramos absolutamente exigibles”. No obstante, existen países que los consideran una imposición de la sociedad occidental, recordó “De ahí que se podría preguntar si es posible la existencia de una ética universal.

La experta en Bioética se refirió entonces a la intervención de Diego Gracia en el establecimiento de dos niveles éticos en los cuatro principios: de manera que dos tenían prioridad sobre los otros dos cuando entraban en conflicto. Así, Gracia consideraba prioritarios los principios de no maleficencia, que garantiza la vida de los individuos y, por tanto, es incuestionable, y el de justicia.

Beneficencia y autonomía, quedarían en un segundo nivel, más relacionados con los principios de máximos. Pero esta jerarquización, perfectamente comprensible en el contexto europeo, indicó, no lo es tanto en el anglosajón, como el estadounidense, “donde la idea de la autonomía y la defensa de los derechos individuales tiene una enorme fuerza”.

LA DELIBERACIÓN

Lydia Feito expuso cómo Gracia cambió, entonces, su modo de entender la metodología en la que debían basarse los comités de ética para defender, como metodología reina, la deliberación, “que parte del supuesto de las diferentes perspectivas existentes ante situaciones problemáticas lo que hace imposible ofrecer interpretaciones unívocas ni jerarquías”.

Así, explicó cómo “la deliberación apuesta, por una aproximación al problema, basada en el diálogo entre las diferentes perspectivas, en aquellos espacios complejos, múltiples e inciertos donde es preciso tomar decisiones con valores”.

“La deliberación es el método regio de la ética”, apuntó la experta. “Es el método que propone Aristóteles para resolver los problemas éticos. Y está basado en la búsqueda de la prudencia, esto es, la elección del justo medio entre dos extremos, como clave para encontrar lo adecuado a cada caso”.

Se trata, por tanto, de encontrar **una articulación entre los valores que están en juego**, “en la convicción de que no todos los jerarquizaríamos del mismo modo y, por tanto, es necesario salvarlos todos”, señala.

Numeroso público asistió a la charla de la Dra. Feito.

REQUISITOS DE LA DELIBERACIÓN

La deliberación, así, es un método prospectivo de toma de decisiones, que evalúa los argumentos a fin de determinar su validez y coherencia, y que opta por aquellas acciones que puedan salvaguardar el mayor número posible de valores en conflicto, definió Feito: “No alcanzaremos una certeza absoluta, sino que lograremos una decisión prudente, acorde a las circunstancias, donde quien decide asume responsablemente las consecuencias de su decisión, lo que exige unos determinados requisitos como tolerancia y flexibilidad mental, humildad intelectual en la defensa de los argumentos, formación para tener competencia de percepción de los problemas éticos, conocimiento crítico de los valores y creatividad para encontrar soluciones “que puedan lograr esa articulación entre diferentes valores (imaginación moral, equilibrio perceptivo)”. Hace preciso, además, evitar cualquier forma de reduccionismo que margine otras perspectivas, subrayó.

LABORES ACTUALES DE LOS COMITÉS

A la luz de todo lo planteado, Feito propone una labor de los comités, con una responsabilidad cualitativamente superior que la mera resolución de conflictos desde un punto de vista estratégico o procedimental. Los comités, definió, “tienen una función de proactiva de promoción y protección de los valores”. Para ello, valoró como labor importante de los comités **la elaboración de informes, guías, protocolos que puedan guiar la toma de decisiones de los profesionales y que puedan contribuir a mejorar la calidad asistencial**, tratando de elevar la cultura ética de nuestra comunidad.

En su análisis pausado, los comités pueden, además, “determinar cuáles serían las actuaciones más adecuadas: Aquellas que pueden aspirar a la excelencia, al mayor compromiso con los valores de la tarea sanitaria”. Por tanto, Feito considera esos documentos, una clave fundamental.

Además de una tarea de análisis, apostó porque los comités realicen una labor de fundamentación, de justificación y argumentación razonada de los valores que se trata de

defender y los mejores modos para hacerlo. Un contexto, donde tienen un papel fundamental **las labores de formación que pueden impulsar los comités**. Se trata, advirtió, “de elevar la conciencia moral, las competencias éticas de los profesionales y de todas las personas implicadas en la asistencia a los pacientes”.

Por eso, Feito apostó porque **la labor de un comité se amplíe más allá del espectro de profesionales sanitarios y sociosanitarios hacia toda la sociedad**: “Ampliar su mirada para abordar problemas de justicia social y salud pública, desde una perspectiva más global”, evitando excesos de ideologización para apostar por la pluralidad de valores en democracia, y promoviendo “la formación en bioética, pero también su implementación a nivel de las instituciones u organizaciones”. Un contexto donde tiene relevancia la interdisciplinariedad de sus miembros.

Apostó en este sentido por extender la formación y la información a la ciudadanía “por lo que es importante atender a los contextos políticos y también a los medios de comunicación”.





TAREA “AMBICIOSA E IMPORTANTE”

Dicho todo esto, Feito describió la labor actual de los comités como una tarea “ambiciosa, importante y llena de responsabilidad”. Tienen que ver con el nivel de la **micro-ética**, apuntó, en cuanto a la resolución de los conflictos concretos que se plantean en el contexto asistencial. Tienen que ver también con lo que se puede llamar la **meso-ética** o “las decisiones que tienen que ver con el contexto de las organizaciones y de las instituciones sanitarias donde, en muchas ocasiones, es preciso prestar atención a aspectos económicos, políticos y de salud pública”. Y quizá el elemento más novedoso, “tienen un importante papel que jugar en lo que podemos denominar la **macro-ética**, aquellos aspectos relacionados con tomar decisiones que afectan al conjunto de los ciudadanos, gestionada en el nivel social, y vinculada con parámetros que puedan ser comparables y compatibles con los de otros países de nuestro entorno, incluso hipotéticamente con la humanidad en su conjunto”.

Subrayó así la importante función actual de los comités de ética de promoción y protección de los valores fundamentales. Para lo que aconsejó “deben establecer mecanismos de comunicación entre distintos comités, entre distintas instituciones, para conocer cuál es la realidad de los problemas que afrontan los profesionales y también la ciudadanía”. Para llevar a cabo una labor que redundará en la calidad de la asistencia a los ciudadanos. “A la altura del siglo XXI que nos encontramos, -estimó- no podemos conformarnos con acciones puntuales que, aun siendo muy necesarias, son limitadas en su capacidad de modificar el mundo” al tiempo que subrayó que “la responsabilidad con la realidad, con el medio, con la salud pública y con la justicia social debe iluminar e inspirar las tareas que realicen los comités”.

Para ello consideró imprescindible “una muy buena formación en ética, un espíritu de diálogo, un compromiso responsable con valores fundamentales y una voluntad de servicio”.

X Encuentro de Coros de Colegios de Médicos: 232 voces al unísono

El grupo coral del Colegio Oficial de Médicos de Navarra intervino con sus 32 integrantes y un repertorio en solitario de las canciones 'Color esperanza' y 'Estamos'

Como ya es tradición desde sus inicios, el grupo coral del Colegio Oficial de Médicos de Navarra fue uno de los participantes en el X Encuentro de coros de Colegios de Médicos, que organizó y acogió el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM), durante el fin de semana del viernes 17 al domingo 19 de junio. Las 32 voces del Colegio navarro se unieron a 200 más procedentes de otros 7 colegios de toda la geografía española.

Las actividades del encuentro comenzaron el viernes 17 con una visita guiada a la sede anfitriona y una conferencia que relacionó la música con la medicina: 'Fisiología del canto en relación con la intensidad (dinámica)', a cargo del profesor Dr. José María Vega Barrios.

Los conciertos corales previstos se celebraron el sábado 18 y el acto de clausura tuvo lugar el domingo 19. Tras dos años sin poder materializar el encuentro debido a la pandemia, el colegio de médicos de Madrid quiso organizar uno de los conciertos del certamen en honor de los sanitarios fallecidos en su lucha contra el Covid 19.

Sin embargo, el concierto-homenaje no pudo llevarse a cabo debido a las condiciones meteorológicas que

obligaron al Ayuntamiento de Madrid a cerrar el Parque del Buen Retiro, donde estaba previsto celebrarse, en previsión de las rachas de viento y las temperaturas excesivamente elevadas, circunstancias ambas que podrían propiciar la caída de ramas.

El coro del Colegio de Médicos de Navarra durante un momento de su actuación en la sede del de Madrid.





Actuación conjunta de las 232 voces de los 8 coros participantes en el Encuentro.

CONCIERTOS DE 8 COROS

Los conciertos de cada uno de los 8 coros participantes tuvieron lugar por la tarde del sábado 18, en el anfiteatro del ICOMM. "Se trata de un espacio con una sonoridad maravillosa", recuerda la directora del coro de Navarra, Miriam Mendive.

Al mediodía del mismo sábado comenzaron ya las primeras actuaciones con un ensayo general de las 232 voces del repertorio común: 'Va, pensiero', coro del tercer acto de la ópera Nabucco, de Verdi, y el tema oficial de las Olimpiadas de Barcelona'92, 'Amigos para siempre' (música de Andrew Lloyd Weber).

A continuación, se interpretaron los repertorios cantados de forma individual por cada uno de los coros. Entre ellos, intervino el grupo coral de Navarra, con sus 32 voces, la mayoría femeninas, que interpretaron dos canciones: 'Color esperanza', de Diego Torres, Coti Sorokin y Cachorro López y arreglo de Vivian Tabbush. La segunda canción fue 'Estamos', de Esteban Tozzi y Fernando Delgado).

"UN RETO DE ESPERANZA"

La directora del coro de médicos de Navarra fue la encargada de elegir

las dos melodías, ambas de música y letra animadas. "Planteamos el repertorio después de la pandemia como un reto de esperanza. De ahí las canciones que elegimos, el mensaje que transmitían y su carácter alegre", explicó la directora.

"Es un espíritu que tratamos de transmitir siempre en nuestros repertorios, y en este caso, más todavía. Queríamos generar un espacio de bendición que fuese un espacio de alegría para todos", apreció Mendive. Para la directora la competitividad no tiene lugar en estos encuentros y "sí la alegría de la compañía, la convivencia y el encuentro entre nosotros", como coincide con ella la coordinadora del coro navarro, Julia Alonso.

En definitiva, un encuentro "emocionante", con un acto de clausura, el domingo, en el que todos volvieron a cantar al unísono 'Amigos para siempre', canción que representa el fin último de estas jornadas, en opinión de la directora y de la coordinadora. Para terminar, el mismo domingo, tras la comida, vivieron una sobremesa cantada que arrancó con el 'Agur Jaunak' del coro navarro como despedida y homenaje a los fallecidos. La iniciativa fue secundada por el resto de los coros, que entonaron de forma espontánea diversas piezas cantadas.

PRÓXIMA CONVOCATORIA: LAS PALMAS

El próximo año la convocatoria del X Encuentro está prevista en Las Palmas de Gran Canaria. El coro del colegio de médicos de Navarra ha sido uno de los cuatro coros que ha participado en los encuentros desde su inicio, hace ya doce años, junto al de Zaragoza, Valencia y Madrid. En los últimos encuentros se ha ido ampliando la participación hasta llegar en esta ocasión a ocho coros, "y con vocación de seguir creciendo", explicó Mendive. "Ya son dos ocasiones en las que hemos organizado en Pamplona el encuentro coral. Creo que este tipo de eventos son, además, una oportunidad de dar a conocer nuestra tierra, como lo hicimos en las dos ediciones, en las que aprovechamos para llevar a los asistentes a conocer varias localidades y monumentos de nuestra Comunidad".

Desde su posición de directora, animó a que más médicos del Colegio de Navarra se unan a las voces del coro y agradeció la colaboración del órgano colegial al tiempo que subrayó la importancia del apoyo del Colegio a esta actividad coral, como foro de encuentro y unión, al margen de la profesión.





REDES SOCIALES Y ADOLESCENCIA

“El uso de las redes sociales puede tener efectos negativos en los adolescentes”

- La psiquiatra Ana González Uriarte explica cómo prevenir y cómo actuar antes de y cuando están “enganchados”
- El abuso de estas tecnologías puede llevar a los adolescentes a padecer insomnio, bajo rendimiento escolar o ansiedad entre otros problemas



El uso de las redes sociales puede tener efectos negativos en los adolescentes, según cómo las empleen y si no hay unas normas que eviten que abusen de esta actividad. Así lo explicó la psiquiatra, psicóloga y terapeuta familiar, Ana González Uriarte, de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE), en la entrevista realizada para la sección “Píldoras para la salud” de la web del Colegio de Médicos de Navarra (MEDENA), de este 30 de junio.

La psiquiatra respondió a varias cuestiones sobre la adolescencia y el uso de las redes sociales, pero, también, sobre cómo los adultos actúan en ese mismo sentido, el ejemplo que dan y las posibilidades que existen de controlar una “navegación” desorbitada por las redes que puede causar daños en el futuro tanto para los más pequeños, como para los jóvenes.

Ana González Uriarte resalta que cada adolescente es singular, pero, como todas las personas, necesitan vincularse afectivamente y pertenecer al grupo al grupo y a la familia, obtener reconocimiento y validación. “Al mismo tiempo comparten una etapa que es de crisis porque supone cambio y todo cambio supone estrés al que hay que adaptarse. Cambios físicos, psicológicos, neurobiológicos, sociales...”. González apunta que “han de salir progresivamente de la burbuja familiar y explorar el mundo para redefinirse y encontrarse y descubrirse a sí mismos”.

“Sabemos que la maduración de las estructuras cerebrales que tienen que ver con la reflexividad, la autorregulación y el autocontrol no se alcanza hasta bien pasados los 20 años”, añade la psiquiatra. Las plataformas de las redes sociales permiten

acceder de forma inmediata, rápida, sin necesidad de espera, a unas aplicaciones que producen una gratificación inmediata, añade la especialista. Apunta que se trata de una industria que mueve millones y una tecnología capaz de generar un comportamiento de uso abusivo y potencialmente adictivo. Ana González apunta que ya hay estudios que indican que un tercio de los adolescentes de Madrid hacen un uso inadecuado de las tecnologías y un tercio que van del uso abusivo, problemático, a la dependencia comportamental.

Prevenir, escuchar a los adolescentes, ofrecerles otras actividades y limitar el uso de móviles, ordenadores, son algunas de las medidas que propone la psiquiatra y psicóloga González Uriarte para reducir los efectos que estas tecnologías pueden tener en los jóvenes.

¿DÓNDE VER Y
DESCARGAR VÍDEOS?



#PildorasParaLaSalud



@MedenaColegio

LA TERRAZA DEL RESTAURANTE

EL COLEGIO

UN RINCON ESPECIAL DE LA MEDIA LUNA



Con la llegada del buen tiempo, cuando todo empieza a "volver", 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.



Ecografía musculoesquelética

CURSO DE ECOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA. PATOLOGÍA DEL HOMBRO

8 de Abril de 2022

En colaboración con:



La ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA (EME) es una aplicación que ha alcanzado un elevado nivel de desarrollo en la actualidad, gracias a su gran aplicabilidad clínica y a la estandarización de los protocolos de estudio. Es ya una realidad la extensión de la exploración física del paciente con enfermedad osteoarticular y muscular mediante la ecografía, ya que se ha mostrado eficaz como método alternativo y complementario a la resonancia magnética (RM) para la detección y cuantificación del derrame articular y la detección de sinovitis, entesitis, calcificaciones periarticulares e intraarticulares, quistes sinoviales o articulares y lesiones de los fibrocartílagos, incluso en estadio preclínico y antes de su expresión radiológica, permitiendo además la distinción entre procesos agudos y fase de secuela. También presenta la ventaja de poder acceder al estudio de las estructuras de forma dinámica, bilateral, inocua y repetible, valorando la amplitud de los movimientos y sus limitaciones, y por su inocuidad y accesibilidad, de forma seriada, lo que facilita el seguimiento evolutivo de las lesiones, y posibilita la realización de técnicas y procedimientos ecoguiados sobre las articulaciones y las estructuras periarticulares lesionadas.

La EME de hombro está indicada en el estudio de tendones, músculos, bolsas sinoviales, espacio articular,

estructuras adyacentes, piel y tejido celular subcutáneo. En el estudio de estructuras óseas no es tan útil como la radiografía o la RM, aunque como contrapartida nos permite el estudio dinámico de la articulación del hombro y la realización de controles seriados que valoran la evolución de las enfermedades en el tiempo.

La ecografía del hombro permite detectar tendinitis, tenosinovitis, bursitis, entesitis y diferentes grados de rotura, así como calcificaciones, facilitando con una sensibilidad y especificidad superior al 90% el diagnóstico y el tratamiento precoz de estas lesiones.

Además de obtener signos diagnósticos, la ecografía ha demostrado su utilidad en la realización de procedimientos intervencionistas tanto para el diagnóstico como para el tratamiento local de diferentes lesiones: técnicas intervencionistas ecoguiadas que permiten un mejor acceso al punto exacto en el que se realiza la técnica – administración de fármacos, aspiración/destrucción de calcificaciones, biopsias, ...etc.

Esta acción formativa tiene por objeto actualizar los conocimientos y habilidades sobre las aplicaciones diagnósticas y de apoyo a técnicas intervencionistas de la ecografía musculoesquelética en la articulación del hombro, dirigido a especialistas en Traumatología, Reumatología y Rehabilitación

Objetivo general:

- Capacitar al médico traumatólogo en el uso básico de ultrasonografía en la exploración y aplicación de procedimientos ecoguiados en hombro.

Objetivos específicos:

Con esta formación el alumno debe conseguir

- Identificar estructuras y tejidos del hombro y reconocer lesiones más comunes con semiología ecográfica, mejorar el conocimiento de la anatomía y semiología ecográfica del hombro.
- Conocer las bases conceptuales de la ultrasonografía y el manejo de equipos: calibración y resolución de problemas en la exploración ecográfica del hombro.
- Conocer y aplicar el protocolo de estudio ecográfico en la articulación del hombro.
- Identificar signos sonográficos de las estructuras y conocer la correlación clínica con lesiones y patología del hombro, mediante el estudio de modelos con ecógrafos.
- Conocer y ser capaz de aplicar tratamientos locales ecoguiados sobre lesiones de hombro, mediante simulación con fantomas.

Metodología:

En la primera parte de la sesión se exponen los conceptos teóricos en tres ponencias. A continuación de cada ponencia, se abren turnos de preguntas para resolver las dudas y cuestiones que puedan tener los alumnos.

En la segunda parte se realizan prácticas sobre los contenidos expuestos. Divididos en grupos pequeños y bajo la tutoría de los profesores, los alumnos, disponen de un ecógrafo y un fantoma para realizar ejercicios:

- De exploración ecográfica del hombro (funcionamiento del ecógrafo, protocolo de estudio del hombro y obtención de imágenes de las estructuras exploradas) sobre modelo humano.
- De realización de procedimientos intervencionistas en fantomas.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud para MEDICOS con 0,89 créditos (Ref. 177/2022 CFCN)

EQUIPO DOCENTE

COORDINADOR:

- **Dr. Pablo Díaz de Rada.**
Hospital Reina Sofía, Tudela. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

DOCENTES:

- **Dr. Juan Pons Villanueva.**
Clínica Universidad de Navarra. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- **Dr. Tomás Fernández -Villa Hoyo.**
Especialista en Radiodiagnóstico.
- **Dr. Alfredo Rodríguez.**
Clínica del Dolor de la Rioja. Especialista en Anestesiología y Reanimación.
- **Dr. Boja Florez.**
Hospital de Calahorra. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

PROGRAMA

EXPOSICIONES TEÓRICAS:

- Anatomía del hombro.
Dr. J. Pons Villanueva.
- Semiología ecográfica del hombro. Casos con patología.
Dr. T. Fernández -Villa Hoyo.
- Intervencionismo eco-guiado del hombro.
Dr. A. Rodríguez.

PRÁCTICAS DE ECOGRAFÍA.

- Ecografía en modelos humanos
- Punción eco-guiada con fantomas

Docentes:

Dr. A. Rodríguez,
Dr. J. Pons,
Dr. T. Fernández-Villa,
Dr. R. Escribano,
Dr. B. Florez.



Formación Continuada 2022

CURSO PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA

27 de Abril de 2022

El suicidio es un grave problema de salud pública. Según publicaba en 2021 la Organización Mundial de la Salud, más de 700 000 personas se quitan la vida cada año y habría que multiplicar esta cifra por 20 para obtener el número de intentos de suicidio. Todos los casos son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, y en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, en todo el mundo, y la primera causa en España (INE). Es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo.

Está bien documentado el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales (en particular, la depresión y el consumo de sustancias) en los países de altos ingresos, pero son muchos los casos que se dan en personas que lo hacen en situaciones de crisis en las que su capacidad para afrontar las tensiones de la vida (problemas económicos, rupturas de relaciones, dolores y enfermedades crónicas, ...) está afectada.



En mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Primer Plan de Acción sobre Salud Mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que proponía reducir la tasa de suicidio un 10% para el 2020. El suicidio se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia. Una estrategia nacional de prevención del suicidio enuncia el compromiso claro de un gobierno con relación al problema del suicidio. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral, abarcando varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción del estigma y la concienciación de la población, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías, servicios sociales y otros profesionales como servicios de intervención en crisis y servicios post-crisis.

En nuestro medio, ya en 2014, se adoptaba el **Protocolo de colaboración interinstitucional prevención y actuación ante conductas suicidas** con los objetivos de aumentar el conocimiento de las conductas suicidas en la Comunidad Foral de Navarra, sensibilizar sobre la relevancia de este fenómeno social a la población y a los profesionales y mejorar la detección del riesgo de conducta suicida mediante la formación y el establecimiento de instrumentos de evaluación y la búsqueda de los más eficaces protocolos de prevención.

El Protocolo establece un sistema de coordinación entre

los profesionales de salud, educación, servicios sociales, emergencias, policía, medios de comunicación y agentes sociales. Conceptualiza el suicidio como un problema que afecta a todas las instituciones, incluida la sociedad civil, y no únicamente a las sanitarias, con la idea de que la coordinación y colaboración, entre las distintas instancias implicadas en la atención a la población de riesgo, debe aumentar la eficacia de las acciones preventivas y de la respuesta dada a cada situación.

En 2017 se puso en marcha el **Programa de prevención del suicidio – Programa de seguimiento telefónico** que realiza seguimiento durante un año a pacientes adultos derivados desde urgencias por intento de suicidio partiendo de que, como afirma la literatura, entre 12-30 % de quienes han realizado un intento de suicidio no letal lo volverán a repetir al cabo de un año (Larkin, Di Blasi, & Arensman, 2014) y el 1-3 % fallecen por suicidio al cabo de un año (Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003). El seguimiento activo de pacientes en riesgo reduce el reintento y la muerte por suicidio (Inagaki et al., 2019).

La Gerencia de Salud Mental de Navarra, a través de su Plan de Salud Mental 2019-2023, está desarrollando nuevas herramientas para mejorar la detección y el seguimiento de pacientes con riesgo de suicidio. Está publicado el **Plan de atención a las personas con conductas suicidas de Navarra** y en preparación el Código Suicidio, que va a permitir una mejor identificación y seguimiento de las personas que están bajo este código o la elaboración de un protocolo de detección y valoración del riesgo, integrado en la Historia Clínica del paciente, entre otras.

Objetivo general:

- **SENSIBILIZAR** a los profesionales sobre el problema del suicidio en nuestro medio y **DOTARLES** de herramientas básicas para el abordaje del paciente vulnerable en su ámbito de actuación.

Objetivos específicos:

El aprendizaje en este curso facilitará al profesional:

- La **SENSIBILIZACIÓN** sobre la importancia del suicidio como problema grave de salud pública.
- **CONOCER** conceptos básicos y epidemiología del suicidio en nuestro medio.
- **CONOCER Y SABER APLICAR** herramientas y habilidades para la detección de personas vulnerables y factores de riesgo.
- **CONOCER Y SABER ORIENTAR** al paciente a los recursos de prevención y abordaje de conductas suicidas.

*Lucrecia muerta.
Damià Campeny (1804).
Lonja del Mar (Barcelona).*



PROGRAMA DE FORMACIÓN.

Introducción y objetivos.

Rafael Teijeira

Plan de atención a las personas con conductas suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra. Conceptos básicos y epidemiología sobre suicidio y conductas suicidas.

Adriana Goñi

Abordaje de la conducta suicida en Atención Primaria. Situaciones clínicas. Exposición y coloquio.

Iñigo Arribas

Pausa

Abordaje de la conducta suicida de adultos en el entorno hospitalario. Situaciones clínicas. Exposición y coloquio

Begoña Artaso

Abordaje de la conducta suicida en población Infanto-Juvenil. Situaciones clínicas. Exposición y coloquio.

Clara Madoz

Conclusiones. Ideas para llevar.

Adriana Goñi

Actividad Híbrida con participación PRESENCIAL (sede del Colegio en Pamplona) y TELEPRESENCIAL con emisión en directo a través de la plataforma [formacion.colegiomedicos.app](https://colegiodemedicos.app).

EQUIPO DOCENTE

COORDINADORA: • **ADRIANA GOÑI SARRIES.**
Psicóloga Clínica. Gerencia de recursos intermedios de Salud Mental.

PROFESORES • **IÑIGO ARRIBAS GUINDANO.**
Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ermitagaña.
• **MARIA BEGOÑA ARTASO IRIGOYEN.**
Psiquiatría. Hospital de Navarra.
• **CLARA MADDOZ GURPIDE.**
Psiquiatría. C. Salud Mental Natividad Zubieta.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud con 0,72 créditos para Médicos (REF. 235/2022 CFCN).

Actividad DPC/FMC acreditada – CPD/CME accredited activity. SEAFORMEC/SMPAC con 3,0 ECMECs y CPE-DPCs. Registro UEMS-EACCME: 0105P/03/2022, Registro SEAFORMEC-SMPAC: 0122P/03/2022

EN PREPARACIÓN:

Programa de actualización en Hemoterapia y Medicina Transfusional.

Se realizará a partir de octubre de 2022.

Está dirigido especialmente a colegiados/as con actividad asistencial extrahospitalaria.

1. Gestión del paciente sangrante.

- Introducción y visión global del PBM.
- Procesos y procedimientos en PBM. Circuito de analíticas-servicios implicados. Resultados de analíticas, papel de médico de Atención Primaria en el circuito.
- La anemia preoperatoria: detección, diagnóstico y manejo clínico.
- Revisión de casos clínicos (Mesa redonda de ponentes).

2. Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. Donación sangre total, donación por aféresis de hemocomponentes y derivados del plasma.

- Autodonación y autotransfusión.
- Hemocromatosis y la sobrecarga de hierro.
- Anemia o Hemoglobina subóptima.
- Donación de médula ósea, donación de cordón, REDMO.

3. Hemoterapia: indicaciones de la transfusión, efectos adversos.

- Aféresis terapéutica.
- Atención domiciliaria.

Equipo Docente:

Especialistas del Grupo de Trabajo PBM, Banco de Sangre y Tejidos de Navarra, Sección de Hemoterapia y Análisis Clínicos.

Próximamente se abrirá la inscripción al Programa, que se anunciará a los colegiados.



ORGANIZAMOS TU CONGRESO ONLINE, PRESENCIAL O SEMIPRESENCIAL

VIA RICA: PAPEL DEL MÉDICO RESPONSABLE EN LA FASE PREQUIRURGICA

La recuperación intensificada en cirugía del adulto (Vía RICA) establece recomendaciones científicas para el mejor cuidado y manejo de los pacientes quirúrgicos antes de la cirugía.

31 DE MAYO DE 2022

La VÍA RICA (RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA DEL ADULTO), es el conjunto de recomendaciones enfocado al manejo y cuidado de los pacientes quirúrgicos que intenta que las personas lleguen al quirófano en las mejores condiciones posibles, que tengan el mejor tratamiento posible durante la cirugía y que su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, los protocolos de recuperación intensificada (PRI) contemplan todo el proceso quirúrgico, desde el mismo momento del diagnóstico hasta, una vez intervenido, la plena incorporación del paciente a la actividad habitual. En 2021 se ha publicado la última actualización de la Vía RICA con el objetivo principal de facilitar a los profesionales unas recomendaciones basadas en el conocimiento científico y en el consenso de las diferentes sociedades científicas.

La última actualización de la Vía RICA parte del convencimiento de que el uso y puesta en práctica de la evidencia científica por parte de los profesionales sanitarios mejora la efectividad clínica y la detección precoz de las complicaciones y con la armonización y homogeneidad de los tratamientos que se logra con los PRI consensuados se facilita el trabajo en equipo y mejora la eficiencia.

En 2021 se propone no solo una actualización de PRI – vía RICA que se publicó en 2015, sino además una adaptación de la misma a nuevas especialidades, la nueva Vía RICA presenta recomendaciones para la mayoría de los pacientes adultos que van a ser sometidos a cirugía programada. Como objetivos específicos se pretende establecer las recomendaciones clínicas y responsabilidades en los periodos:

- De optimización preoperatoria.
- Preoperatorio inmediato.
- Intraoperatorio.
- Postoperatorio

En esta actualización se mantiene el alcance y se dirige, no sólo a los profesionales sanitarios que están directamente involucrados en la atención del paciente quirúrgico (cirujanos, anestelistas, y enfermeras) sino a todos aquellos

profesionales que de alguna manera estén relacionados con el tratamiento interdisciplinar de estos pacientes como nutricionistas, rehabilitadores, fisioterapeutas, digestólogos, radioterapeutas, oncólogos, patólogos, geriatras y médicos internistas. También va a ser de utilidad para administradores, gestores clínicos y coordinadores de calidad. Por último y por las características de los programas de rehabilitación multimodal, donde los pacientes tienen una parte muy activa, también se dirige a ellos y, en este sentido, creemos que los equipos de atención primaria también deben de ser conocedores de la misma y en la medida de lo posible incorporarlos a los procesos tanto al comienzo como al final como parte de la continuidad asistencial.

La Vía RICA es de aplicación en Procedimientos de Cirugía Mayor, no susceptible de ser intervenido por CMA y que cumpla los siguientes criterios:

- Edad: Mayores de 18 años.
- Cualquier ASA.
- Aceptación del procedimiento

Se excluyen la Cirugía urgente, el paciente con Deterioro cognitivo severo que imposibilita la colaboración y el Paciente pediátrico

Las recomendaciones RICA comienzan por la PREHABILITACIÓN QUIRÚRGICA, desde el momento en que se toma la decisión de tratamiento quirúrgico, para mejorar al máximo las condiciones en las que el paciente afronta la cirugía. En esta fase Prequirúrgica de preparación del paciente, el médico responsable del paciente – internista, médico de familia,- tiene la oportunidad de revisar y tratar problemas que pueden interferir negativamente con la cirugía: anemia, desnutrición/malnutrición, hábitos, función respiratoria, etc.

En esta actividad se pretende revisar la función del médico responsable en la fase de preparación del paciente quirúrgico desde el momento de la decisión de la indicación quirúrgica, conforme a las recomendaciones de la vía RICA en su última actualización.

Dada la importancia de las recomendaciones de la Vía RICA sobre estudio, control y tratamiento de la anemia y



optimización del manejo transfusional – Manejo hemático del paciente – en la fase preoperatoria, la propuesta de esta actividad viene a completar el Programa de Formación en Hemoterapia en organización en el Colegio a propuesta de los especialistas del Grupo PBM del Hospital Universitario de Navarra aprobada por la Comisión de Formación del Colegio.

Objetivo general:

- Dar a conocer y analizar las nuevas recomendaciones de la Vía RICA (ed. 2021) para médicos en relación con la preparación del paciente que se va a someter a cirugía programada.

Objetivos específicos:

- CONOCER las aportaciones de la VIA RICA a la mejora de la atención quirúrgica del adulto.
- CONOCER las recomendaciones para la optimización del estado del paciente antes de afrontar un evento quirúrgico.
- REVISAR el papel del médico responsable del paciente en la fase de preparación para la cirugía.
- A través del coloquio con los expertos, revisar los aspectos y problemas prácticos de la aplicación de la VIA RICA en la preparación del paciente para cirugía

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud para MEDICOS con 0,20 créditos (Ref. 321/2022 CFCN)

CONTENIDOS Y PONENTES

REGISTRO ASISTENCIA

- Papel del médico responsable del paciente en la fase prequirúrgica. Recomendaciones de la Vía RICA, Manejo Hemático del paciente. Dr. C. Jericó.
- Experiencia de implantación de PMB y otras recomendaciones de la Vía RICA. Resultados. Dificultades. Dr. J.M. Ramirez.

COLOQUIO CON LOS EXPERTOS.

MODERADOR:

J. A. GARCIA ERCE.

EXPERTOS:

C. JERICÓ,

J.M. RAMIREZ.

EQUIPO DOCENTE

JOSE ANTONIO GARCÍA ERCE.

Hematología, Director del Banco de Sangre y Tejidos de Navarra. GRUPO DE TRABAJO PBM Hospital Universitario de Navarra.

CARLOS JERICÓ ALBA.

Medicina Interna, Coordinador Grupo PBM (Patient Blood Management), Jefe Area de Riesgo Vascular, 5º Medicina Interna, Hospital Sant Joan Despi Moisés Broggi.

JOSE MANUEL RAMIREZ RODRIGUEZ.

Cirugía General y del Aparato Digestivo. 5º Cirugía General - Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa Zaragoza.

Taller de Casos Clínicos. ACERCÁNDONOS AL PACIENTE DIABÉTICO: CORAZON Y GLICADA. GUÍAS vs REALIDAD

7 y 8 de Junio de 2022

En colaboración con:



**Y Laboratorios LILLY y
Boehringer Ingelheim**

Según datos publicados por la Consejería de Salud, en Navarra, a finales de Octubre de 2021, 40.785 personas estaban diagnosticadas de diabetes, y de ellas el 94,21% con diabetes tipo 2. En los últimos tres años se detectó una media de 2.046 nuevos casos anuales de diabetes tipo 2. Al 90% de los y las pacientes con diabetes tipo 2 se les atiende en Atención Primaria.

Los objetivos de la atención al paciente diabético son fundamentalmente el control de la enfermedad, la disminución de complicaciones – enfermedad cardiovascular – y el mantenimiento y mejora de la calidad de vida.

El manejo clínico de la Diabetes es objeto de revisión continua a través de Guías clínicas y consensos que actualizan los parámetros de seguimiento y control de la evolución clínica y los tratamientos farmacológicos en orden a conseguir el mejor control metabólico (clave para la reducción de complicaciones) con los menores efectos secundarios sin dejar de lado los costes sociosanitarios y económicos.

En esta actividad se pretende la revisión de las últimas actualizaciones de las Guías clínicas en dos ámbitos:

- Control de la evolución de la enfermedad, mediante el seguimiento de la Hemoglobina Glicosilada (HbA_{1c}, Glicada), que refleja la glucemia media en los 2-3 meses anteriores a la prueba y da información sobre el control glucémico del paciente (los valores de HbA_{1c}, en %, se corresponden con rangos de glucemia media: ej. 70 – 125 mg/dL para una HbA_{1c} de 4 a 6%)
- Prevención – reducción del riesgo, detección precoz y manejo de la enfermedad cardiovascular en pacientes con Diabetes tipo 2, con y sin evento cardiovascular o insuficiencia cardíaca previa.

Ambos ámbitos constituyen un reto permanente en la atención habitual al paciente diabético en Atención Primaria y por ello la actualización permanente en las nuevas evidencias científicas es de gran trascendencia en la atención a los pacientes.

Esta actividad se ha propuesto desde el Grupo de Trabajo Cardiovascular de la namFYC y se ha aprobado por la Comisión de formación del Colegio.



Objetivo general:

- Revisión de las principales actualizaciones y su aplicación en manejo clínico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 y del Riesgo Cardiovascular del paciente diabético.

Objetivos específicos:

- Conocer las nuevas evidencias sobre el control de la evolución de Diabetes Mellitus 2 mediante Hemoglobina Glicosilada.
- Conocer nuevas evidencias sobre la prevención, detección y manejo del riesgo cardiovascular en paciente con Diabetes Mellitus 2.
- Aplicar las actualizaciones revisadas a la resolución de casos clínicos problema.

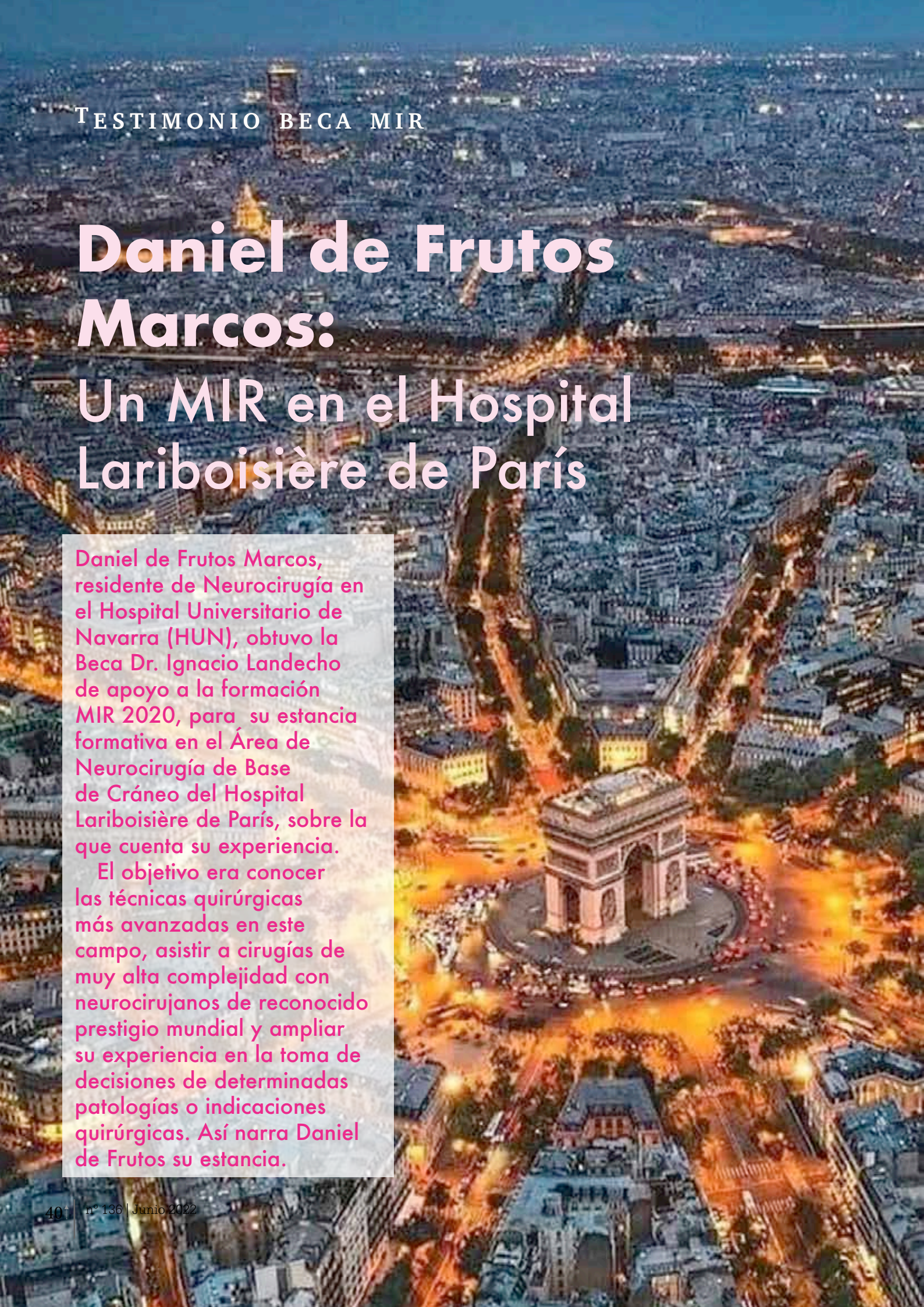
Para el desarrollo de la actividad adoptamos una metodología fundamentalmente participativa y de aplicación práctica de los contenidos mediante la discusión y resolución de casos clínicos en grupos pequeños.

Los profesores presentan dos casos clínicos problema en su área de contenidos y conducen la discusión introduciendo los conocimientos actualizados en las últimas Guías clínicas publicadas y revisando las controversias existentes en la materia. La discusión de casos se cierra con la formulación de conclusiones que recogen las recomendaciones actualizadas para el manejo del problema.

EQUIPO DOCENTE

- **F. JAVIER BARTOLOMÉ RESANO.**
M. Familiar y Comunitaria. EAP Zizur-Echavacoiz.
- **MARIA JOSE GOÑI IRIARTE.**
Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Navarra.
- **RAFAEL BARTOLOMÉ RESANO.**
M. Familiar y Comunitaria. EAP Rochapea.
- **MAITE BASURTE ELORZ.**
Cardiología. Hospital Universitario de Navarra.

Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada de Navarra del Sistema de Acreditación de la Formación Continuada de las profesiones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud para MEDICOS con 0,50 créditos (Ref. 343/2022 CFCN).



TESTIMONIO BECA MIR

Daniel de Frutos Marcos:

Un MIR en el Hospital Lariboisière de París

Daniel de Frutos Marcos, residente de Neurocirugía en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), obtuvo la Beca Dr. Ignacio Landecho de apoyo a la formación MIR 2020, para su estancia formativa en el Área de Neurocirugía de Base de Cráneo del Hospital Lariboisière de París, sobre la que cuenta su experiencia.

El objetivo era conocer las técnicas quirúrgicas más avanzadas en este campo, asistir a cirugías de muy alta complejidad con neurocirujanos de reconocido prestigio mundial y ampliar su experiencia en la toma de decisiones de determinadas patologías o indicaciones quirúrgicas. Así narra Daniel de Frutos su estancia.



TESTIMONIO BECA MIR

*Daniel de Frutos Marcos
durante su estancia en París. ▼*



“ El servicio de
Neurocirugía del
Hospital Lariboisière
de París está dirigido por
el doctor Sebastián Froelic,
neurocirujano mundialmente
reconocido por sus
conocimientos en patologías
de base de cráneo ”



“Durante el mes de marzo del año 2021, tuve la oportunidad de rotar en el servicio de Neurocirugía del Hôpital Lariboisière de París, el cual está comandado por el Dr. Sebastien Froelich, neurocirujano mundialmente reconocido por sus conocimientos en cuanto a la patología de base de cráneo.

El Hôpital Lariboisière se encuentra en la región norte de París y es el hospital de referencia nacional francés en esa patología, llegando a tratar pacientes provenientes de toda Europa e incluso parte del norte de África.

Tras graduarse en la Universidad de Estrasburgo, el Dr. Froelich completó su formación en la Universidad de Cincinnati como fellow en base de cráneo. En la actualidad, la mayor parte de su trabajo se centra en las cirugías de base de cráneo, estando más enfocado en ciertos tumores como el cordoma. Ha publicado alrededor de 80 artículos científicos y en la actualidad es parte del comité de base de cráneo de la WFNS (World Federation of Neurosurgical Societies).

El trabajo en el servicio de Neurocirugía del Hôpital Lariboisière comenzaba todos los días a las 8:00h. Se comentaban las incidencias ocurridas durante la guardia y se repasaban todos los pacientes ingresados, tanto en la planta de hospitalización como en la UCI. A diario, había dos quirófanos programados de Neurocirugía, a los que se sumaba uno extra los martes, miércoles y viernes. El horario era variable, según la complejidad de los procedimientos, por lo que era habitual acabar más allá de las 8 de la tarde en las cirugías del Dr. Froelich.

Los lunes, además, tenía lugar la sesión quirúrgica. En ella se discutían los casos que se iban a operar la semana próxima, incidiendo sobre todo en la indicación y vía de abordaje quirúrgico.

La jornada típica era, por tanto, acudir a la sesión clínica a las 8:00h y después asistir a las cirugías programadas. Por desgracia, la rotación sólo permitía participar como espectador en el quirófano, pero esto no me impidió disfrutar de cirugías que se realizan en muy pocos centros en el mundo.

“Llama la atención la estructura de las urgencias neuroquirúrgicas en París. Al haber varios servicios, una vez a la semana, tienen la denominada “Grande Garde”, por la cual asumen todas las urgencias de París, con una población de más de 2 millones de habitantes”

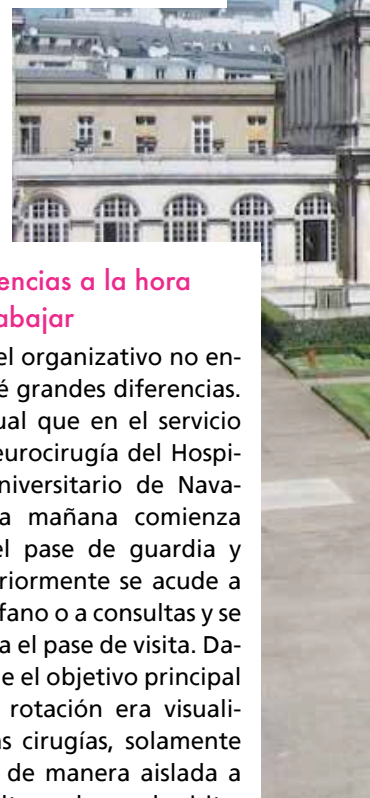
Al haber varios servicios de Neurocirugía en la ciudad, una vez a la semana, tienen lo que se denomina la “Grande Garde”, por la cual asumen todas las urgencias de París, es decir, de una población de más de 2 millones de habitantes.

También me pareció interesante la organización de los quirófanos. Al tener varias salas quirúrgicas cada día, pueden ir organizando los pacientes en función de los quirófanos que queden liberados. También es llamativo que los pacientes son anestesiados en el antequirófano y después transferidos al propio quirófano.

Como parte negativa, hay que señalar que no disponen de Neurofisiología intraoperatoria, por lo que la neuromonitorización es muy limitada y la tienen que controlar los propios neurocirujanos mientras operan.

Otro de los aspectos a destacar son las sesiones quirúrgicas. A ella asistían todos los adjuntos y residentes del servicio y en ocasiones se producían interesantes debates que eran de mucha ayuda para conseguir una cirugía exitosa.

Hospital Lariboisière de París ▶



Diferencias a la hora de trabajar

A nivel organizativo no encontré grandes diferencias. Al igual que en el servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Navarra, la mañana comienza con el pase de guardia y posteriormente se acude a quirófano o a consultas y se realiza el pase de visita. Dado que el objetivo principal de la rotación era visualizar las cirugías, solamente acudí de manera aislada a consultas y al pase de visita. Me llamó la atención la estructura que tienen para la atención de las urgencias neuroquirúrgicas en París.

“ Considero muy apropiada una rotación en el extranjero con especialistas referentes en el campo que cada uno prefiera. Son extremadamente enriquecedoras, tanto en el ámbito profesional como personal ”

Hospitalidad

A nivel profesional, era espectacular el poder contemplar en directo las cirugías del Dr. Froelich. Es de destacar su amabilidad y disponibilidad para el debate, así como el esfuerzo que realiza al hablar en inglés para los que no dominen perfectamente el francés. No me gustaría olvidarme de la hospitalidad de todo el equipo de Neurocirugía del Hôpital Lariboisière, quienes me trataron con gran estima desde el primer momento.

Más allá del objetivo principal de la rotación, que era poder presenciar un gran volumen de pacientes con patología de base de cráneo, tuve la oportunidad de conocer a otros neurocirujanos que acudían a ver sus intervenciones.

Además de la actividad asistencial, he podido conocer París de una manera un poco peculiar. Y es que en el momento de mi estancia allí la incidencia de Covid-19 estaba disparada, por lo que el gobierno francés había decretado medidas muy severas: cierre de todos los museos, centros comerciales y hostelería, toque de queda a las 6 de la tarde y, en un momento de la rotación, confinamiento perimetral de todo París.

Esto último provocó una rotación bastante descafeinada a nivel social, aunque por otra parte pude disfrutar de París sin aglomeraciones y sin turistas, hecho inimaginable hace unos años.

Aprendizajes

Pudiera parecer que en una rotación quirúrgica, en la que solo se puede participar como espectador, los aprendizajes van a ser más limitados, pero nada más lejos de la realidad. Poder presenciar cirugías de tal complejidad me ha abierto un amplio abanico de conocimientos. Por una parte, ver cómo realizan la propia técnica quirúrgica (abordajes, materiales utilizados, técnicas de cierre, etc) es enriquecedor y me permitirá trasladarlo a mis pacientes en el día a día. Por otra parte, la gran cantidad de casos complejos que existen y las indicaciones quirúrgicas que se les dan a los mismos son muy interesantes, y me permitirá escoger el tratamiento adecuado para cada paciente.

Considero muy apropiada una rotación en el extranjero con especialistas referentes en el campo que cada uno prefiera. Son extremadamente enriquecedoras, tanto en el ámbito profesional como personal, y creo que todos los residentes se lo deberían plantear durante su formación.

Me gustaría que desde las administraciones se potencien este tipo de rotaciones, las cuales considero fundamentales para la formación de residentes de cualquier especialidad.

Por último, me gustaría agradecer al Colegio de Médicos de Navarra y a Laboratorios Cinfa la concesión de la Beca, así como al servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Navarra por concederme la oportunidad de realizar esta rotación”.

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Charlas para estudiantes de segundo ciclo de Medicina sobre la Formación (MIR) y el desempeño de especialidades

El segundo trimestre del curso académico acogió distintas actividades de formación desarrolladas con la colaboración de sociedades científicas con sede en el Colegio de Médicos de Navarra. La relación de sesiones fue:



Imagen de una jornada de la Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Navarra



Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos

El día 9 de febrero, Especialidades del ámbito de trabajo de SOPEQUIN - Sociedad Pediátrica de Especialistas Quirúrgicos e Intensivos. Participaron como ponentes Concha Goñi Orayen, jefa de sección de Neonatología del HUN y Julio Cesar Moreno Alfonso, Residente de Cirugía Pediátrica del HUN.



Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría
Euskadiko eta Nafarroako Psikiatria Elkarte

El día 2 de marzo, con la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría, la sesión versó sobre las especialidades de Psiquiatría y Psiquiatría Infanto-juvenil (recién creada). Fueron ponentes Azucena Díez Suárez, Tutora MIR, Directora de la Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Clínica Universidad de Navarra. Vicesecretaria de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría y Laura Llovera Garcia, Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario de Navarra.



Sociedad de Endocrinología y Nutrición Navarra

El día 11 de mayo, con la colaboración de SENNA – Sociedad Navarra de Endocrinología y Nutrición – la sesión fue impartida por Marta García Mouriz, Tutora MIR y Javier García Torres, Residente de Endocrinología y Nutrición, ambos en el Hospital Universitario de Navarra



Venimos haciendo este tipo de sesiones en la Facultad de Medicina -UNAV desde hace unos años. Los Delegados de curso y Facultad se encargan de la organización de los estudiantes. Partimos de los datos obtenidos en encuestas de intereses, realizadas por nosotros en las recepciones a los estudiantes y realizadas también por los delegados en la Facultad en diferentes momentos. Hasta ahora, hemos realizado sesiones sobre Medicina de Urgencias, Pediatría, Neurología, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Medicina de Familia Rural, Oncología Radioterápica y Cirugía Oral y Maxilofacial.

Desde el Colegio, siempre que es posible, contamos con las Sociedades Científicas, porque integran a los especialistas de todos los ámbitos del ejercicio profesional y constituyen un estamento fundamental en la definición, desarrollo y consolidación del cuerpo de conocimiento y perfil competencial de los médicos en cada especialidad. Las Sociedades Científicas son parte esencial en el establecimiento de los estándares de competencia para el desempeño de la actividad – conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes – a alcanzar en la formación

de especialistas y a mantener en formación continuada, adecuadas al estado del conocimiento, a las carteras de servicios y a la dotación de medios y recursos en los diferentes puestos de trabajo.

Pedimos a los ponentes que expongan los contenidos de la especialidad, las características del Programa de Formación MIR y, a título más personal, que hablen de por qué eligieron su especialidad y su experiencia como especialista o residente. Damos especial importancia al coloquio con los estudiantes. Suelen preguntar por los contenidos y opciones del programa MIR, las posibilidades de formación (complementaria, opcional) más adecuadas al ejercicio – si las hay-, los aspectos que sería bueno tener en cuenta al elegir una plaza MIR de especialidad, las salidas laborales,... desde la experiencia del Especialista y del Residente y resulta muy interesante para ellos que se planteen las características del perfil personal más idóneo para el desempeño de la especialidad.

Las sesiones se programan en horario entre las 19:00 y las 20:30, inmediatamente después de terminar las sesiones de clase ordinarias. En las últimas sesiones la participación está en torno a 30 – 40 estudiantes.

LA ENFERMEDAD ALCOHÓLICA:

UNA PLURIPATOLOGÍA PENDIENTE
DE CONTROLAR



**Juan
Llor
Baños**

Especialista
en Medicina
Interna

Clave

La enfermedad alcohólica se podría definir como una alteración orgánica y del comportamiento, que se constituye en una patología combinada y unitaria, que aboca a un cuadro de dependencia a la bebida paulatinamente progresiva.

En cifras

Genera 60 enfermedades y 200 alteraciones sintomáticas, más de 3 millones de muertes en el mundo, y es la primera causa de riesgo de muerte por accidente o discapacidad entre los 15 y los 50 años, además de reducir la expectativa de vida uno 15 años.



La gran capacidad patogénica de la enfermedad alcohólica aparece estrechamente asociada al alto nivel de toxicidad orgánica que acarrea, siendo, de hecho, la génesis de 60 enfermedades. Pero su fuerte potencial devastador participa también del escaso control que actualmente se tiene sobre dicha entidad, ya que el enfermo alcohólico es clínicamente atendido de forma parcial y distribuido entre varias especialidades, sin un especialista que integre toda su diversa y muy variada patología, lo que constituye un factor potenciador significativo en la ya enorme acción deletérea de esta enfermedad.

Las cifras hablan por sí solas: en España hay diariamente más de once mil pacientes hospitalizados de enfermedad alcohólica tanto por afectación directa como indirecta, y alrededor de un millón y medio en riesgo de dependencia.

**En España hay
diariamente
más de once
mil pacientes
hospitalizados
de enfermedad
alcohólica
tanto por
afectación
directa como
indirecta**

UN 'BOSQUE' DE CONSULTAS

El enfermo de alcoholismo habitualmente realiza su consulta clínica en un variado número de especialistas que le ofrecen la atención parcial propia de su especialidad, sea psiquiatría, hepatología, digestivo, endocrino-desnutrición, oncología (por incremento de neoplasias), originadas en las consultas iniciales de medicina general y de medicina interna. Lógicamente, será muy fácil que el paciente se pierda en ese bosque de consultas al no existir una consulta matriz de Enfermedad Alcohólica que le dirija.

Respecto al origen del problema, hay que plantearse hasta qué punto el beber es nocivo. Considerada la bebida en sí misma no tiene más peligro que otras muchas sustancias alimenticias en nuestra práctica habitual. Todo tiene sus límites, y el alcohol, por supuesto, también. Límite que normalmente depende de muy variados factores: edad, estado de salud, etc. Con esos factores, la bebida alcohólica tiene establecidos sus límites, que esencialmente obedecen a los índices que marcan el mantenimiento del auto dominio en la conducta personal.

Conservando ese control personal, el vino puede constituir un elemento saludable como pocos, convirtiéndose en un complemento que puede facilitar la sociabilidad, y el trato con otras personas, como bien expresa Roger Scruton en su obra "Bebo, luego existo".

EL RIESGO DE LA BEBIDA

Entonces, ¿dónde reside el peligro, que indudablemente existe, de la bebida? Básicamente, se podría decir, como acabamos de indicar, que el riesgo empieza cuando la ingesta de alcohol provoca la alteración del dominio del comportamiento, y empieza a enseñorearse en el gobierno de la persona.

La enfermedad alcohólica se puede contemplar desde una amplia variedad de perspectivas, sin que ninguna tenga la hegemonía suficiente para definir la enfermedad. Así, el enfermo alcohólico puede tener un perfil predominante desde el punto de vista de su patología médica orgánica, o ser más llamativa su alteración psico-psiquiátrica. También puede presentar una especial incidencia en la alteración de su mundo de relación, debido a los graves e importantes altercados que produce en la vida familiar o social, o ser una combinación de todos estos enfoques.

De hecho, son varios los factores que convergen en la definición de enfermedad alcohólica: la frecuencia con que ocurren los cuadros de intoxicación, la cantidad de alcohol ingerida, o la generación de cuadros clínicos específicos debido al alcohol, el número creciente de conflictividad a nivel familiar o social tras las ingestas alcohólicas o los accidentes y problemas legales que ocasiona, entre otros.

DIAGNÓSTICO

Está claro que no existe en realidad una línea que distinga inequívocamente al enfermo alcohólico del que todavía no lo es y se presupone que lo pueda llegar a ser. El enfermo alcohólico no puede ser diagnosticado por un signo patognomónico. Por este motivo, para su diagnóstico, hay que servirse de una escala de alteraciones que son muy difíciles de enmarcar como primarias o secundarias. Esa es una de las causas que complican, desde el punto de vista médico, un enfoque adecuado de su evolución y su tratamiento.

Sin embargo, entre todos estos caracteres específicos mencionados que convergen en el perfil de la enfermedad alcohólica, tiene especial relieve la frecuencia de los problemas y/o de la conflictividad que genera la bebida en un determinado individuo (George E. Vaillant, *The Natural History of Alcoholism Revisited*). No obstante, el criterio clínico aparece siempre como común denominador en las múltiples y variadas alteraciones que padecen estos enfermos.

Todas estas consideraciones hacen que cada enfermo alcohólico, dentro del cuadro general de la enfermedad, presente un perfil muy personalizado.

El 75% de los bebedores de riesgo progresan hasta la dependencia.



CUADRO DE DEPENDENCIA

Básicamente la enfermedad alcohólica se podría definir como una alteración orgánica y del comportamiento, que se constituye en una patología combinada y unitaria, que aboca a un cuadro de dependencia a la bebida paulatino y progresivo. Hay que distinguir, a diferencia de otras drogas, que puede producirse una ingesta importante de bebida y no darse realmente un cuadro de dependencia. Sólo cuando la dependencia se hace presente, se puede hablar con propiedad de enfermedad alcohólica.

Si no hay dependencia, la patología que genera el alcohol por una ingesta excesiva es patología alcohólica, pudiendo causar cirrosis, pancreatitis, etc., pero no es propiamente enfermedad alcohólica, que sólo se presenta cuando se hacen presentes los signos de dependencia.

La enfermedad alcohólica ha sido durante muchas décadas y continúa siendo una de las causas principales de morbi mortalidad a nivel mundial y nacional

NIVELES DE RIESGO

Son conocidos los límites presumibles de **ausencia de riesgo** en la cantidad de bebida alcohólica:

Hombre	Mujer
2 unidades de bebida al día.	1 unidad de bebida al día

Se entiende como unidad de bebida estándar: 1 vaso de vino (100 ml), que equivale a una cerveza 1 (200 ml), ó a 1 copa de licor (50 ml.).

Los tres niveles de riesgo, valorados según la cantidad de ingesta, son:

Riesgo bajo, cuando se mantiene la bebida en:

Poco más de 2 bebidas/día.

Poco más que 1 bebida/día.

Riesgo elevado comienza a sospecharse en:

A partir de 3 bebidas/día.

A partir de 2 bebidas/día.

Consumo peligroso puede ocasionarse con:

Más de 4 bebidas/día.

Más de 3 bebidas/día.

Existen indicios de **posible dependencia** al alcohol, si se ha llegado a beber en el día:

5 bebidas.

4 bebidas.

(NEJM 379; 13; sept 27, 2018, p 1255).

Se subraya la posible dependencia, si las 5 bebidas en el hombre y las 4 bebidas en la mujer ocurren en el transcurso de dos horas.

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

La visión familiar en la que no se repudia la embriaguez, uno de los factores estimulantes del alcoholismo.

COSTES PARA LA SANIDAD

La carga que supone el abuso de la ingesta de alcohol para la Sanidad es enorme. Basta destacar la generación de 60 enfermedades y 200 alteraciones sintomáticas, más de 3 millones de muertes en el mundo, y la primera causa de riesgo de muerte por accidente o discapacidad entre los 15 y los 50 años, además una reducción de la expectativa de vida próxima a los 15 años.

Es interesante observar que las estrategias que se han adoptado contra la COVID-19 han incrementado la incidencia y la gravedad de la enfermedad alcohólica. El aislamiento generalizado ha quebrado el soporte social que supone una importante ayuda frente al alcoholismo (compartir adversidades, asociaciones de mutua ayuda, asociaciones de tiempo libre, etc.), con un mayor descontrol en la ingesta de alcohol, sumado a la dificultad de acceder al necesario control médico. Toda esta suma de factores ha llevado a un mayor y desmedido consumo de la bebida, generando además un incremento sobreañadido de un amplio abanico de infecciones, tanto virales como bacterianas.

LA ENFERMEDAD EN CIFRAS

Consumo medio	En España, el consumo medio se sitúa en unos 10 litros alcohol puro al año/persona, que equivale a entre 3 y 4 unidades de bebida/día.
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018) el 8% de los jóvenes de 14 años se emborrachan cada mes, progresando la incidencia de la borrachera mensual hasta llegar al 40% en los jóvenes de 18 años, tanto en hombres como en mujeres.
Consumo excesivo	El informe indica también que entre el 2 y el 5% de la población presenta un consumo excesivo (5 unidades de bebida/día en el hombre, y 4 unidades de bebida/día en la mujer), con potencial peligro de dependencia, lo que supone más de 2 millones de personas en España en esta situación.
Dependencia	El 75% de los bebedores de riesgo progresan hasta la dependencia.
Muertes en carretera	El alcohol es el causante del 40% de las muertes en carretera.
Tasa de mortalidad	La tasa de mortalidad en los pacientes con enfermedad alcohólica que llegan a los 70 años es del 56%.
Oncología	El 12% de la oncología tienen relación significativa con respecto al abuso del alcohol, con un incremento, por ejemplo, del 7% en el cáncer de mama, y un aumento del 23% en oncología digestiva, siendo la causa principal del cáncer hepático.

FACTORES

DESENCADENANTES

En cuanto a los factores que pueden actuar de incitadores para propiciar la enfermedad alcohólica existe la sospecha de una importante variedad, sin ser ninguno determinante. Muchas veces, situaciones que se definen como desencadenantes de una ingesta excesiva son, más bien, consecuencias del beber: estados de ansiedad, inmadurez, personalidad dependiente e irresponsable, o comportamientos antisociales.

Aunque, sin embargo, se ha comprobado que hay un fenómeno, entre los demás, con una especial significación estimulante respecto a la enfermedad alcohólica, y es la orientación y la visión familiar en la que no se repudia la embriaguez. Si en ese contexto familiar se repudia el alcoholismo, se logra bajar el índice de enfermedad alcohólica (George E. Vaillant, *The Natural History of Alcoholism Revisited*). En esa línea del comportamiento familiar, parece que se corrobora que la presencia de un padre alcohólico aumenta tres veces el riesgo de enfermedad alcohólica en los integrantes de la familia, sin clara evidencia de otros factores, tanto genéticos como ambientales.

DOS ACTITUDES

CAUSALES

Se conocen dos actitudes que pueden actuar como principales causas, y que establecen dos tipos de referencias o clases (John J. Lynch, *Depth Psychology, Morality, and Alcoholism*):

- La primera clase, son aquellos que comienzan a beber excesivamente provocados por alguna patología. Son 'adictos primarios' o 'tipo primario de bebedor compulsivo'. Buscan un medio de evasión para superar una deficiencia o alteración a la que se encuentran sometidos.
- La segunda clase, son 'adictos secundarios' o 'tipo secundario de bebedor compulsivo'. Es aquel que bebe como medio de evasión para mantener una conveniencia personal o social. No reparan en que su auto-indulgencia con la bebida tiene graves repercusiones, y van adquiriendo las características de la primera clase descrita anteriormente.

Sea una u otra la causa de la enfermedad, la evolución de los pacientes es común en cuanto que empieza con una ligera consciencia de enfermedad, pasa a una moderada consciencia, y evoluciona a una fatal y progresiva falta consciencia de enfermedad.

**Hay un fenómeno, entre los demás,
con una especial significación
estimulante respecto a la
enfermedad alcohólica, y es la
orientación y la visión familiar en la
que no se repudia la embriaguez**

ESCALAS

DIAGNÓSTICAS

En cuanto a la difícil tarea del diagnóstico, se puede decir que es posible llegar a él a través de la convergencia de varios síntomas y signos consecuencia de alteraciones del comportamiento y alteraciones orgánicas. Ninguno de esos factores es, por sí solo, patognomónico. Actualmente, se podría señalar que el perfil diagnóstico se elabora según los valores que arroje la escala conocida como 'Desorden en el Uso del Alcohol' del Instituto Nacional Americano sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA). Esa escala establece una valoración de desorden por ingesta de alcohol que va desde ligera a moderada o severa.

Además, existen test muy consolidados para la aproximación diagnóstica, como, por ejemplo, el test de AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), y el test de CAGE (acrónimo de 'cut down', 'anyone', 'guilt', y 'eyes open')

Dada la enorme afectación de la enfermedad alcohólica como entidad pluripatológica y pluri sintomática, se puede decir que no hay órgano o sistema de nuestra anatomía que esté al margen de la acción tóxica del alcoholismo.

Desde el punto de vista clínico la alteración general psico-orgánica que provoca la enfermedad alcohólica exigirá una adecuada anamnesis, acentuando la atención en un perfil de síntomas específicos, como los que hablan de posible hepatopatía, alteración neurológica, historia de pancreatitis, cardiopatías, o malnutrición. Deberá ir seguida de una exploración completa que atienda especialmente los signos característicos, por ejemplo, de conformación hepática, esplenomegalia, ascitis, temblores, ataxia, alteraciones de conciencia y/o orientación, arritmias, parotidismo bilateral, malnutrición, ginecomastia, arañas vasculares, telangiectasias, o Dupuytren.

Sólo cuando la dependencia se hace presente, se puede hablar con propiedad de enfermedad alcohólica



ALTERACIÓN HEPÁTICA Y OTRAS AFECTACIONES

Quizás tenga una especial relevancia clínica en la enfermedad alcohólica el enfoque que proviene de la afectación hepática, pues proporciona datos muy significativos de la enfermedad desde estadios iniciales, que pueden alertar de una toxicidad orgánica más o menos severa por acción del alcohol. Además, la afectación hepática habla de una cierta relación entre la cantidad de alcohol consumido y los signos que reflejan su hepatotoxicidad alcohólica, proporcionando una guía clínica de la evolución de afectación orgánica según persista, reduzca o bien se elimine la ingesta alcohólica.

Esas alteraciones a nivel hepático se reflejan especialmente tanto por la analítica de los parámetros hepáticos y de los valores de la coagulación, como por las pruebas de imagen y las técnicas endoscópicas cuando se precisen, sin descartar la biopsia hepática cuando sea preceptiva.

Como hemos hecho referencia son múltiples las afectaciones que provoca el alcoholismo en la función orgánica. Refiriéndonos a ellas de modo sucinto, existen alteraciones cardíacas, con arritmias auriculares y potencial miocardiopatía dilatada, aumento de la

incidencia de HTA; alteraciones digestivas con aumento de esofagitis crónica, alteración del ritmo intestinal y alteraciones estructurales del intestino delgado responsables de malabsorción; pancreatitis crónica, que tiene en el alcoholismo la principal causa; alteración del Sistema Nervioso Central, inhibiendo los receptores excitatorios tipo glutamato y activando los inhibitorios, a través de receptores ácido gamma aminobutírico (GABA), sensibilizando el sistema opioide serotoninérgico y activando las neuronas dopaminérgicas. Además, el déficit de tiamina está involucrado en la encefalopatía de Wernicke y el Sdr de Korsakoff.

Entre otras muchas alteraciones provocadas por el alcoholismo figuran las afectaciones en el sistema locomotor, con osteoporosis y miopatías; en el sistema endocrino-metabólico con trastornos alimenticios que desembocan en severos estados de malnutrición, dislipemias, además de disregulaciones hormonales; en el sistema hemático, alcanzando un déficit en la calidad y función de las tres series; y, como ya se ha apuntado, provocando un importante aumento de la incidencia tumoral.

En España, el consumo medio se sitúa en unos 10 litros alcohol puro al año/persona, que equivale a entre 3 y 4 unidades de bebida/día.



AGRAVAMIENTO DE PATOLOGÍAS SECUNDARIAS

Conviene observar que, junto a las patologías secundarias al alcoholismo -más bien de perfil crónico- a las que ya se ha hecho referencia, existe de forma constante el riesgo de su evolución a corto plazo hacia una acentuada gravedad que, cuando se presenta, suele tener un efecto deletéreo en los pacientes con un riesgo muy alto de mortalidad. Dichas afecciones son, esencialmente, el síndrome de abstinencia y el cuadro de hepatitis alcohólica.

El síndrome de abstinencia supone un cuadro clínico de gravedad que se genera al irrumpir o reducir la ingesta de bebida en el alcohólico. Puede evolucionar de forma progresiva entre 6 a 24 horas, acompañándose de ansiedad, irritabilidad, temblores generalizados, taquicardia, reflejos exaltados, cefalea, náuseas y vómitos. La forma más severa es el delirium tremens.

La hepatitis alcohólica puede darse, dentro de un amplio rango, en el estado previo de hepatopatía alcohólica, que con una evolución imprevisible se precipita hacia un cuadro gravedad acentuada en la función hepática, con signos de acentuada ictericia y encefalopatía que conllevan un alto índice de mortalidad.

El tratamiento del paciente con enfermedad alcohólica es complicado, debido a las características específicas comentadas y a padecer una evolución hacia una acentuada dependencia, lo que hace requerir un seguimiento que obliga a que la consulta médica tenga que ser continuada prácticamente a largo plazo o de por vida.

TRATAMIENTOS

El tratamiento farmacológico tiene una modesta eficacia. Está basado esencialmente, según la evolución, en el empleo de benzodiazepinas; disuasores de la bebida, como es el disulfiram, y la cianamida; antagonistas opioides, como la naltrexona; y análogos de GABA (ácido gamma aminobutírico), como el acamprosato.

Es de especial eficacia en el tratamiento de la enfermedad alcohólica la conocida como "Consulta breve" o "modelo motivacional", por su capacidad, ampliamente demostrada, en reducir significativamente los índices de alcoholismo. Esencialmente, está basada en estímulos feedback entre médico y paciente: la información personalizada ofrecida por el médico sirve al paciente para convencerse de los riesgos que asume y así, a través de una actitud empática y colaborativa, favorecer la autonomía y responsabilidad del paciente para que por sí mismo constate una evolución de mejoría en la medida que logra mantenerse progresivamente abstemio.

En los casos en donde la hepatopatía alcohólica presente signos de severidad y morbimortalidad a corto plazo se puede recurrir al trasplante hepático, siempre cotejando a los pacientes que puedan beneficiarse de él. En caso de que sea posible, el trasplante hepático tiene un índice de supervivencia muy alto, pero lógicamente el trasplante nunca asegura la curación del alcoholismo en el paciente, por lo que éste debe mantener activa la consulta de enfermedad alcohólica.

Es evidente que la enfermedad alcohólica requiere que se restaure una conciencia de sentido que en el paciente alcohólico dependiente está severamente anulada, debido a las graves alteraciones y condicionamientos psico-orgánicos ocasionados bajo la acción del alcohol.

La afectación hepática habla de una cierta relación entre la cantidad de alcohol consumido y los signos que reflejan su hepatotoxicidad alcohólica, proporcionando una guía clínica de la evolución de afectación orgánica según persista, reduzca o bien se elimine la ingesta alcohólica

BIBLIOGRAFÍA:

1. George E. Vaillant, The Natural History of Alcoholism Revisited. Cambridge, Mass.: Harvard University Press (1983).
2. Roger Scruton 'Bebo, luego existo'. RIALP. 2017.
3. John J. Lynch, S.J Depth Psychology, Morality, and Alcoholism. First Published September 1, 1951, Book Review. <https://doi.org/10.1177/004056395101200325>.
4. Ministerio de Sanidad: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018).
5. John Allen: 'The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A Review of Recent Research'. Alcoholism-clinical and Experimental Research, 2002.
6. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-7.



**Begoña
Bermejo
Fraile.**

Doctora en
Metodología de
Investigación
Biomédica.

ANÁLISIS MULTIVARIABLE VIAJE AL INTERIOR

En este artículo describo la regresión lineal múltiple y la regresión logística, dos de los análisis multivariantes que más probablemente nos vamos a encontrar y cuyo principal objetivo es evitar posibles factores de confusión.

En el análisis multivariable hay una variable dependiente (llamada así porque se supone que depende de otras variables), y otras variables independientes, cuyo efecto sobre la dependiente queremos estudiar. Cuando la variable dependiente es cuantitativa (por ejemplo el salario o la tensión arterial...), se trata de una regresión lineal múltiple y cuando es una variable dicotómica sí/no (morir/no morir, infectarse/no infectarse) es una regresión logística múltiple.

Ni siquiera el mejor explorador del mundo hace viajes tan largos como aquel hombre que desciende a las profundidades de su corazón (Julien Green).

Una empresa se plantea ver qué factores influyen en el salario de sus trabajadores: Pueden ser la edad, el sexo, la raza, el nivel de formación o los años trabajados. Podríamos analizar la asociación de cada una de estas variables con la variable salario y así veríamos, por ejemplo, que a mayor edad, mayor salario, pero ¿esto es así por la edad, por mayor antigüedad en la empresa o por un mayor nivel de formación?

Si resulta que los hombres cobran más que las mujeres, ¿es por ser hombres, o porque quizás son más frecuentemente de raza blanca y se ha visto que estos últimos cobran más? Estas variables, al estar asociadas entre ellas, pueden confundirnos, pueden distorsionar el verdadero efecto de cada variable sobre el salario. Pero, ¿qué ocurriría si quisiéramos ver cómo influye en el salario el nivel de formación y, para ello, estudiásemos un grupo de hombres todos de raza blanca, todos de la misma edad y todos con el mismo número de años trabajados? Pues que sabríamos el efecto que tiene el nivel de formación sobre el salario, independientemente de todas las demás variables. Esto es lo que hace el análisis multivariable, ver el efecto de cada variable independiente sobre

la dependiente a igualdad de todas las demás. Es lo que llamamos efecto ajustado, porque se ha eliminado el factor de confusión.

Lo esencial es invisible a los ojos (El Principito, Antoine de Saint-Exupéry).

El ejemplo del salario está basado en un estudio realizado en EEUU hace muchos años. Se realizó una regresión lineal múltiple, donde las variables independientes eran las que hemos nombrado, y la dependiente el logaritmo del salario (se hizo así para que la variable siguiera una distribución normal).

Los resultados fueron los de la siguiente tabla.





Regresión lineal múltiple.
Variable dependiente: log (salario)

Variable	β	p
Edad	0,001	0,125
Sexo	-0,104	<0,001
Raza	-0,052	<0,001
Nivel educación	0,031	<0,001
Años trabajados	0,001	0,083

Sexo (0 hombre; 1 mujer).
Raza (0 blanca; 1 no blanca)

Los coeficientes de regresión (β) explican cuánto aumenta el salario (en este caso el logaritmo del salario), por cada unidad que aumenta la variable independiente. Si la p es menor de 0,05, quiere decir que la asociación es estadísticamente significativa, que esa variable en cuestión influye significativamente en el salario.

El sexo está codificado como 0 hombre y 1 mujer, por lo que β explica cuánto aumenta el salario en las mujeres respecto a los hombres (al pasar la variable de 0 a 1). Al tener un signo negativo quiere decir que las mujeres cobran menos que los hombres (independientemente del resto de las variables), y esta asociación es estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre con la raza, al estar codificada como blanca (0) y no blanca (1), un signo negativo de β quiere decir que la raza no blanca cobra menos, y también esta asociación es significativa.

En este estudio podemos ver que ni la edad ni los años trabajados influyen en el salario: el aumento es muy pequeño y no estadísticamente significativo. En cambio sí influye el

nivel de educación: a mayor nivel de formación mayor salario.

El siguiente es un ejemplo de regresión logística múltiple, en el que queremos saber cuáles son los factores predictores de mortalidad en los accidentes de tráfico, es decir, qué es lo que hace que tras un accidente, algunos de los ocupantes del vehículo mueran y otros no. En el análisis bivariante, donde estudiamos la asociación de cada variable con el hecho de morir o no, observamos que tienen más probabilidades de morir las personas más mayores, las que ocupan los asientos delanteros, las que no llevan el cinturón de seguridad, las que salen despedidas del vehículo o están más cerca de la zona de mayor impacto.

El análisis lo podríamos dejar así, pero no es completo, porque estas asociaciones que hemos observado pueden estar distorsionadas por posibles factores de confusión. Por poner un ejemplo, los mayores, que por el análisis bivariable sabemos que mueren más que los jóvenes y niños, ¿es realmente por la edad por lo que mueren más, o es porque generalmente van en los asientos delanteros

y reciben mayor impacto? ¿O quizás se ponen menos frecuentemente el cinturón de seguridad? Para saber el efecto ajustado de cada una de estas variables sobre la mortalidad podemos hacer un análisis multivariable.

Estamos ahogados en información y hambrientos de conocimiento (Rutherford D. Rogers).

En la regresión logística, la variable dependiente es una variable lógica (sí/no, ocurre o no ocurre, morir o no morir...), y los resultados se pueden expresar con los coeficientes de regresión (β), o mejor con la OR (odds ratio) y su intervalo de confianza, de modo que, si éste no incluye el 1 (valor nulo), la asociación es estadísticamente significativa. En este ejemplo, para cada variable independiente hemos utilizado una categoría de referencia, a la que asignamos una OR de 1 y con ella comparamos todas las demás. Así observamos que los mayores de 60 años mueren significativamente más que los niños, unas 5 veces más. Los jóvenes, en cambio, no mueren significativamente más que los niños (su intervalo de confianza incluye el 1). Los hombres no mueren significativamente más que las mujeres, y quienes no llevan cinturón mueren significativamente más que los que sí lo llevan. Por último, estar en la zona de mayor impacto conlleva una mortalidad significativamente mayor que estar situados en las zonas de bajo impacto.

Factores predictores de mortalidad en accidentes de tráfico

Variable	Categoría	OR	IC 95% OR	
Edad	0 – 14 años	1		
	15 – 60 años	2,30	0,37	9,91
	> 60 años	5,15	1,11	15,6
Sexo	Mujer	1		
	Hombre	1,28	0,65	2,81
Cinturón	Si	1		
	No	1,18	1,03	2,28
Impacto	Bajo	1		
	Medio	1,25	0,60	3,30
	Alto	4,20	1,50	8,40



Las relaciones son multicausales y son muchas las variables que influyen en los resultados, pero no podemos llegar y hacer un análisis multivariable con todas las variables independientes que se nos ocurran. Hay ciertos requisitos metodológicos y, sin entrar en más detalle, hay cuestiones tan lógicas como que si estudiamos muchas variables, necesitamos un número considerable de individuos estudiados, para que haya un número suficiente en todas las posibles combinaciones de variables (lo que llamamos patrones de covariables).

Y no es que existan las casualidades, simplemente, cuando alguien busca algo, siempre lo encuentra. Es el deseo de la persona lo que hace que las cosas sucedan, su necesidad lo lleva a ello (Hermann Hesse).

Tiene un poco de arte y mucho de ciencia el método para elegir las variables que entran en un análisis multivariable. De hecho se habla de "modelos" de regresión. Lo que

sin duda creo que es más importante es que, antes de llegar al análisis multivariable, uno debe conocer perfectamente cómo están asociadas las variables entre ellas y con la variable dependiente. No se llega a este conocimiento a base de cruzarlo "todo con todo", sino a base de conocimiento del proceso biológico, porque los programas informáticos no piensan, los que pensamos somos nosotros.

Hasta la fecha, no se ha diseñado un ordenador que sea consciente de lo que está haciendo; pero, la mayor parte del tiempo, nosotros tampoco lo somos (Marvin Minsky).

Un ejemplo, que a mí de entrada me resultó curioso, fue el de un estudio de factores predictores de mortalidad tras un ictus. En el análisis bivariable, donde se analizaba cada una de las variables con el hecho de morir o no morir, se vio que las mujeres morían más que los hombres. Después, en el análisis multivariable, ajustando

por posibles factores de confusión, resultó que era el sexo masculino el de peor pronóstico. ¿Cómo se explica esto? Resulta que las mujeres eran de mayor edad, mayor nivel de dependencia previa y el ictus era más frecuentemente cardioembólico... todos ellos factores de mal pronóstico, que en un primer análisis nos llevaron a creer que el sexo femenino era un factor de mal pronóstico tras un ictus, cuando en realidad eran esas variables acompañantes.

La calidad nunca es un accidente. Siempre es el resultado de un esfuerzo inteligente (John Ruskin).

amim

Begoña Bermejo Fraile.

Asesoría en Metodología de Investigación en Medicina.

E-mail:

bbermejo_amim@hotmail.com

CLEN College

INSCRIPCIONES

CURSO 22-23

**Cursos continuos de Inglés,
alemán o francés**



Entra en la web de clencollege.es y
descubre todos los niveles, idiomas
y horarios.



Participa en nuestra promoción
“Trae a un amigo a Clen College”
y **¡ahórrate la cuota de diciembre!**

*Promo válida hasta el 30 de septiembre
de 2022

Matrícula
Curso 22-23

60



PROMO
TRAER UN AMIGO
A CLEN

INSCRÍBETE AQUÍ

Todas las **preinscripciones** recibidas
hasta el 31 de agosto:

**36 € para infantil, primaria y
secundaria**

45 € para adultos

A partir del 1 de septiembre, diferentes
precios entre nuevo y antiguo alumno:

Antiguos alumnos (infantil, primaria,
secundaria): 36€

Antiguos alumnos (adultos): 45 €

**Nuevos alumnos (infantil, primaria,
secundaria): 45€**

Nuevos alumnos (adultos): 70€



CLEN College

VERANO Clen College



Campamentos de Verano en Inglés

Campamento urbano para niños en inglés: Durante julio y agosto

Campamentos de Allog: Del 28 agosto al 2 de septiembre

CURSOS INTENSIVOS DE VERANO

VERANOS
CLEN College
CENTROS LINGÜÍSTICOS



EOI

Lunes a viernes de 9:00 a 11:00 o de 11:30 a 13:30

Del 16 de agosto al 2 de septiembre

Nivel B2 y C1: Inglés o Francés

DELTA

B2: Del 16 Agosto al 2 Septiembre: Lunes, Miércoles y Viernes de 11:45 a 13:45h
Del 6 Septiembre al 18 Octubre: Martes de 16:00 a 18:00h

B1: Del 16 Agosto al 2 Septiembre: Lunes, Miércoles y Viernes de 9:30 a 11:30h
Del 5 Septiembre al 17 Octubre: Lunes de 16:00 a 18:00h

REFUERZO

De Lunes a Viernes 9h a 11h o de 11:30 a 13:30

Del 16 de agosto al 2 de septiembre

CONVERSACIÓN

Para adolescentes y adultos:
De 9h a 11h o de 11:30 a 13:30
18 al 29 de julio | 1 al 12 de agosto | 16 al 26 de agosto | 29 o 30 de agosto al 2 de septiembre



**Intensivos
Cambridge
de verano**



**CONSIGUE
TU TASA
DE EXAMEN
BECADA**

CALAHORRA.

MÁS DE DOS MILENIOS DE RICA HISTORIA

■ **Salvador Martín Cruz.**

Pese a su cercanía –o quizá por ello–, Calahorra es una población prácticamente desconocida para muchos navarros. Segunda ciudad de La Rioja en número de habitantes (cerca de treinta mil), cabecera de La Rioja Baja situada en la vega labrada por el Ebro y el Cidacos, Calahorra es una ciudad bimilenaria llena de historia.

Sus orígenes se remontan a tiempos ibéricos, tal y como lo acreditan monedas halladas de la época. Sin embargo, hay restos arqueológicos que hablan de un primer asentamiento humano ya en el Neolítico. El gran florecimiento de la ciudad tuvo lugar en tiempos de la romanización, la Calagurris romana, que fue conquistada a sangre y fuego por Escipión el Africano (año 171 a C.). De ella cuentan los libros de historia que se resistió a legiones romanas como la de Numancia, siendo la última ciudad peninsular conquistada. Cien años más tarde, la población consiguió sobrevivir al asedio al que la sometió el general romano Pompeyo llegando, para subsistir, a la antropofagia, lo que dio origen al apelativo de ‘fames calagurritana’ (hambre calagurritana). Un evento conmemorado en la escultura de ‘La matrona’ situada próxima a su ayuntamiento, en la que una mujer sujeta un brazo humano en una de sus manos.

Posteriormente, Calahorra sería engrandecida por Julio César y Augusto por ser un importante núcleo vital en la calzada que iba desde Tarragona, pasando por Zaragoza, a Astúrica. De aquella época subsisten monumentos como el arco del Planillo, una lápida funeraria de un soldado de caballería, Julio Longinos, algunas cloacas, los restos de un puente romano sobre el Cidacos, los de un acueducto y los de las termas.

Pero también sabemos que Calahorra tuvo circo y anfiteatro romanos, época de la que nos han llegado importantes restos, tales como la Puerta del citado arco del Planillo y algún resto de la muralla y otros de la calzada romana. También se conservan monedas y objetos diversos de la vida cotidiana, entre los que destaca una bella cabeza femenina (hoy se piensa que es masculina, quizás de Apolo), conocida como la Dama de Calahorra, expuesta en el Museo de la Romanización.

La ciudad fue además cuna de Quintiliano y Prudencio, así como de los mártires Emeterio y Celedonio, patronos de la ciudad. Ha sido sede episcopal desde el siglo V, llegando a ser una de las más importantes del norte de España. Junto con toda La Rioja, fue anexionada por Leovigildo a la corona visigótica. En el 714 la conquistará Muza Ibn-Nasyr (gobernador musulmán del norte de África que dirigió la ocupación de la península Ibérica), siendo los musulmanes quienes construirían en Calahorra importantes obras hidráulicas: pozos, acequias, albercas y demás, destinadas al mejoramiento de su agricultura (dicen que desde entonces tiene una de las mejores huertas de toda España). En aquella época, Calahorra llegó a tener una importante aljama ubicada en lo que hoy es el Rasillo de San Francisco. Tras pasar de manos musulmanas a manos cristianas en varias ocasiones, fue conquistada definitivamente por el rey de Pamplona García Sánchez III, apodado el de Nájera. Es durante esta reconquista de Calahorra donde la leyenda sitúa el famoso enfrentamiento entre el Cid Campeador y el caballero navarro Jimeno Garcés en juicio de Dios. Ya en el siglo XVI, en la guerra de las Comunidades de Castilla (1520-1522), la ciudad tomó partido por el emperador.

Vista nocturna de la Catedral de Santa María y
Palacio Episcopal



Ficha práctica ➔

Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX, con la llegada del ferrocarril a la ciudad y su consecuente primera industrialización (especialmente la conservera que todavía hoy subsiste), cuando Calahorra dio un paso importante hacia su modernización.

De todo su conjunto urbano hay que destacar su Catedral: Monumento Histórico Artístico (para mí una edificación poco afortunada como consecuencia de sus varias remodelaciones, debidas a las inundaciones ocasionadas por el Cidacos y a incendios como el de 1900). Se trata de una obra gótica tardía, reconstruida en el siglo XV sobre los restos de la catedral románica del siglo XII, que presenta una fachada barroca, puerta norte y claustro platerescos.

En su Museo Diocesano se conservan, además de un cuadro de Rivera y otro de Tiziano, una magnífica custodia de plata, donada por Enrique IV, conocida como El Ciprés, de Juan Díaz. Dicha pieza constituye, a mi parecer, lo más importante de la catedral junto con los cuadros citados y un supuesto Zurbarán de la sala capitular, amén de la torre de 50 metros de altura, coronada por cuatro pequeños chapiteles angulares y uno central de mayores dimensiones. También debo anotar el Palacio Episcopal, de un barroco sencillo, lleno de elegancia pese a sus dimensiones, al que precede una gran escalinata. Lo mismo que la Iglesia de Santiago, construida en el siglo XVII, de fachada e interior barrocos; la de San Andrés, de portada e interior góticos, con un retablo y una sillería rococós, así como el Monasterio de San José, en cuya iglesia de fachada barroca llena de contención, las monjas tienen una escultura de Gregorio Fernández y otra del portugués Pereira.

A todos los monumentos mencionados añadiría el Museo de la Romanización, localizado en la llamada Casa del Millonario. Aunque no tiene nada de especial, me ha llamado siempre la atención, por su sencillez, el edificio del Ayuntamiento, poco más que un chalecito de dos alturas, con soportales, y balconada, rematado lateralmente por dos torrecillas. La sede municipal se sitúa en la plaza de Quintiliano, precedida por una gran fuente -con "chorritos" como los que quería el alcalde de Villar del Río, en Bienvenido, Mister Marshall, la película de Bardén, Berlanga y Mihura- y la estatua del prócer romano.

Recordando a mi amigo Luis Estefanía Castro, que fue quien me dio a conocer Calahorra hace cosa de cuarenta y muchos años.

Calahorra se sitúa en plena autovía vasco-aragonesa (AP-68), como Logroño capital. Para llegar desde Euzkadi o Burgos esa es la vía natural, lo mismo, aunque en sentido contrario, si se hace desde Zaragoza. En caso de acudir desde Madrid y Soria, la vía natural es la que pasa por el puerto de Oncala, camino de Enciso y Arnedo, siguiendo la LR-15, aunque, dada su belleza natural, quizá sea mejor hacerlo por la N-111, pasando la sierra por el puerto de Piqueras y siguiendo el curso del río Iregua, que cruza Logroño. Para acercarse desde Pamplona lo mejor es tomar la autovía del Camino de Santiago (A-12) hasta Irache y desde allí tomar el camino a San Adrián, prácticamente al otro lado del Ebro, por la NA-122.

Para pernoctar hay abundancia de sitios, pero, yo recomiendo el Parador Nacional o el Ciudad de Calahorra, ambos en plena ciudad y con buen restaurante. Pensando en comer, a los ya citados añadiría (por lo que me dice un amigo del lugar) Casa Mateo, la Taberna de la Cuarta Esquina o el restaurante Mercadal, a la vez que señalaría la existencia de unas jornadas gastronómicas dedicadas a la verdura a finales de abril.

Respecto al menú, después de volver a citar la verdura de su huerta, inmejorable la menestra, recomiendo las obligadas patatas a la riojana, las pochás en temporada, así como los caparrones (alubias rojas), el cordero asado y sus "chuleticas" al sarmiento, las carrilleras al vino tinto, el bacalao y el bonito a la riojana. Vino, ni dudarlo, el propio de la zona ya que tiene varias bodegas alrededor.

De los lugares de su entorno más o menos inmediato, obligado señalar -siguiendo el curso del Cidacos- Arnedo, Arnedillo con sus baños y Enciso, área paleontológica de primer orden en Europa. Si continuamos el curso del Ebro hacia Zaragoza, destaca Rincón de Soto, con sus famosas peras, para degustar al natural o condimentadas al vino; Alfaro, con la obligada mención de la Colegiata de San Miguel y su cercanía al nudo ferroviario de Castejón y próxima a Corella, donde se encuentra el Museo Arrese. Siguiéndolo, también, aunque ahora en dirección a Miranda de Ebro y un poco más lejana, está Logroño capital, puerta abierta a la Rioja Alavesa y a la Rioja Alta del Camino de Santiago: Torres del Río, Viana, Navarrete, Nájera, Santo Domingo de la Calzada.

Para leer, el libro de Félix Ml. Martínez de San Celedonio 'Calahorra: Esta es mi tierra. Esta es mi gente', impreso por Gutenberg, y, como guía, la titulada: 'Calahorra: Guía Turística', de Jesús Felipe Castrillón, editada por Ediciones Leonesas.



Fátima Frutos:

“Después de mi experiencia salvadoreña, la literatura se convirtió en una vocación por la que luchar”

La escritora donostiarra presentó en el Colegio Oficial de Médicos de Navarra su última obra literaria y primera novela ‘La selva bajo mi piel’, galardonada con el premio del VII Certamen de Novela Albert Jovell, concedido por la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (OMC).

Libertad Arregui es una joven reportera enviada a El Salvador a finales de los años ochenta. A través de sus crónicas televisivas junto a su compañero, el cámara Íñigo Santolaya, narra los hechos más relevantes que tuvieron lugar en aquella guerra olvidada de Centroamérica: el asesinato de Ignacio Ellacuría, la masacre del río Sumpul, los campos de refugiados de Colomoncagua o las primeras exhumaciones. Libertad es la protagonista de ‘La selva bajo mi piel’, la última obra literaria de la escritora donostiarra, Fátima Frutos, y su primera novela. Un relato por el que ha sido galardonada con el premio del VII Certamen de Novela Albert Jovell, concedido por la Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial (FPSOMC). El Colegio Oficial de Médicos de Navarra contó el pasado 13 de junio en su sede con la escritora que presentó “La selva bajo mi piel”, acompañada por la colegiada, pediatra y también escritora Maite Sola.

La historia que relata Frutos en su nueva obra se centra en los sucesos acaecidos en El Salvador en 1989,

extraídos de su experiencia como docente en el mismo centro académico, la Universidad Católica Centroamericana (UCA) José Simeón Cañas de El Salvador, de la que el jesuita Ignacio Ellacuría fue rector.

Allí fue acibillado a balazos junto a sus compañeros sacerdotes Segundo Montes, Ignacio Martín-Baró, Amando López, Juan Ramón Moreno y Joaquín López. Los asesinos, grupo de paramilitares, terminaron también con la vida de Elba Ramos, la cocinera, y de su hija Celina.

Tras conocer en el centro universitario a Héctor Samour, catedrático de filosofía y discípulo de Ellacuría, la ideología del grupo de jesuitas y de la propia universidad caló hondo en la escritora. Tanto, que hace tres años se decidió a emprender su narración, dejando durante un tiempo de lado su producción poética, a la que se había dedicado hasta aquel momento.



La pediatra y escritora Maite Sola y el presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teixeira, junto a la escritora Fátima Frutos durante la presentación de su último libro en la sede colegial.

‘La selva bajo mi piel’ representa para su autora “la plasmación de lo que ocurrió en El Salvador, pero también la de un sentimiento: el coraje”, afirma. Frutos ejerció como profesora en la misma universidad donde fueron asesinados Ellacuría y sus compañeros jesuitas, por lo que con su nuevo libro y como cronista de una época, sumerge de lleno al lector en aquel tiempo y lugar.

Entrevista

Después de numerosos premios literarios por su producción poética, incluso una adaptación de su obra 'Andrómeda encadenada' al género operístico, con 'La selva bajo mi piel' ha dado un paso al frente en la novela.



La escritora Fátima Frutos, autora del libro. ▲

**¿Qué le ha impulsado a este cambio?
¿La historia de Ellacuría o la suma de varias motivaciones?**

Necesitaba nuevos retos en mi trayectoria literaria. Considero que una escritora no se hace solo escribiendo novela o ensayo o poesía, sino creando en todos los géneros literarios posibles. Ahora, por ejemplo, estoy escribiendo teatro. Aunque, la historia de Ellacuría también es muy motivadora, por supuesto.

Vivió muy de cerca la tragedia del grupo de jesuitas masacrados, ya que, años después, usted impartió clases en la misma universidad donde ocurrieron los asesinatos, la UCA de San Salvador. ¿De qué forma le marcaron estos sucesos?

Tener una experiencia docente en la Universidad Centroamericana de El Salvador es una de las experiencias más importantes de mi vida. Me marcó por el grado de compromiso social que hay en

esa universidad y por el encuentro con el alma humana que supone descubrir el legado de Ignacio Ellacuría.

¿Supuso un antes y un después en su trayectoria vital?

Sin duda. Por muchas razones, porque descubrí que lo más relevante en la existencia humana es volcarse en los demás como lo hicieron los jesuitas de El Salvador. Y porque después de mi experiencia salvadoreña la Literatura se convirtió en una vocación por la que luchar.

Como estudiosa de la literatura, la filosofía y la poesía occidental, apunta que su pensador de referencia es Ellacuría. ¿Qué rasgos de su pensamiento lo hacen para usted tan relevante?

Ellacuría tiene una aportación al mundo de una actualidad primordial. Por ejemplo, con la guerra que estamos viviendo en estos momentos en Europa, en Ucrania.

Él pone a los más desfavorecidos en el centro de la existencia, considera que debemos liberarnos de todos esos yugos que no nos permiten ser felices y compartir con los demás. Y, además, apuesta por una visión de la historia en la que el Bien Común lo envuelve todo. De ahí su frase: "Mientras la mayoría no tenga lo indispensable, nadie tiene derecho a lo superfluo".

En la novela, relata por boca de su personaje principal, Libertad Arregui, y en forma de crónica, todo lo que ocurrió aquel aciago día. La fase de documentación habrá sido muy exhaustiva. ¿Le ha resultado difícil desentrañar lo ocurrido durante aquellas jornadas de noviembre de 1989?

Al haber sido docente en la Universidad donde fue rector Ignacio Ellacuría, he podido acceder a documentos que aclaran lo ocurrido. Además, conté con la colaboración de Héctor Samour,

catedrático de Filosofía y discípulo de Ellacuría, que lamentablemente murió el mismo día en el que la novela salía a las librerías. Todo lo que cuento en la novela está rigurosamente documentado, de ahí que haya tardado más de tres años en terminarla.

Supongo que el trabajo previo de documentación y, por supuesto, la elaboración de una novela no tiene nada que ver con la producción de poesía. ¿Se ha sentido cómoda en este nuevo género?

Me he sentido muy cómoda. Tengo una visión muy amplia de la Literatura. Tal y como he expresado antes, adoro adentrarme en todos los géneros, incluido el teatro y el ensayo. De hecho, ahora voy a comenzar mi tesis doctoral, para ser Doctora en Literatura, y tengo una visión teórica sobre el arte de escribir que deseo plasmar incluso desde el ámbito académico.

Ahora que están tan de moda las trilogías ¿tiene previsto escribir alguna obra secuela de 'La selva bajo mi piel'?

De momento no. Mucha gente me ha pedido una continuación de las peripecias vitales de Libertad Arregui, la protagonista, pero esta novela no está pensada para una continuación. Empieza y termina con "La selva bajo mi piel".

¿Volverá entonces a retomar su producción poética?

Volveré a la producción poética después de mi tesis doctoral y tras una obra de teatro y otra nueva novela. Antes no.

En su obra ha tenido siempre un lugar muy destacado la figura de la mujer. En esta novela también ocupa un lugar muy preeminente. ¿Qué valores ha querido subrayar a través de

“ Los valores que defiende Libertad Arregui, la protagonista de “La selva bajo mi piel”, al igual que otras protagonistas de mis libros, son los del coraje, la solidaridad, la sinceridad y la sensibilidad humanas ”

la figura de Libertad Arregui? ¿qué obstáculos les quedan todavía por salvar a las mujeres en este país?

Los valores que defiende Libertad Arregui, la protagonista de "La selva bajo mi piel", al igual que otras protagonistas de mis libros, son los del coraje, la solidaridad, la sinceridad y la sensibilidad humanas.

La orfandad, otro de los temas de fondo en esta novela. ¿Por qué ha decidido abordarlo?

Porque considero que no ha sido muy tratado en la literatura actual. Porque yo soy huérfana y la orfandad le marca a una toda la vida. Y porque hay que ofrecer una visión de esta que suponga aliento para afrontar el futuro sin los apoyos familiares que tienen otras personas. Ser huérfana marca, pero también nos hace especiales y luchadoras.

¿Qué ha supuesto para usted recibir el premio del VII Certamen de Novela Albert Jovell?

Ha supuesto un respaldo impresionante para mi carrera literaria y, sin duda, hay un antes y un después en mi carrera tras el 'Albert Jovell'. Estoy muy agradecida a la FPSOMC y espero llevar con honor este reconocimiento tan importante para mí y para mi hijo, que es hijo de médico y sobrino de médico y médica.

¿En qué otros proyectos está ahora inmersa?

He empezado una obra de teatro en la que las mujeres tienen pleno protagonismo. Estreno una ópera en Alemania el 20 de octubre y escribo artículos para prensa nacional e internacional. También aprendo un idioma y me ocupo de mi hijo que es lo que más quiero en este mundo.

Biografía de la

autora: _____

FÁTIMA FRUTOS (San Sebastián, 1971) vivió en El Salvador y conoció ampliamente la realidad del país y la filosofía de la Liberación de Ignacio Ellacuría. Allí ejerció como profesora, participó en labores de rescate y conoció a Jon Sobrino, superviviente de la matanza de la UCA, y a otros líderes salvadoreños.

2008. Con su obra «*De carne y hambre*» (Huerga y Fierro) logra el Premio Internacional de Poesía Erótico-Amorosa del Ateneo de Guipúzcoa.

2011. Con «*Andrómeda Encadenada*» gana el Premio Kutxa Ciudad de Irún, uno de los más prestigiosos en lengua castellana.

2015. «*Epitafio para una odalisca*» es la conclusión de una trilogía sobre el Eros Histórico que es también

un homenaje a grandes féminas olvidadas, quedando finalista del Premio Gil de Biedma.

En 2017 publica «*Haikus desde el río*», escrita en alemán y castellano.

En 2018 su poemario «*En brazos de la belleza*» era un homenaje a la literatura rusa y al eco humano y poético de Ramón Llull.

2020. Con «*Monjas, putas y locas*» logra el Premio Internacional de Poesía "María del Villar Berrueto".

Ha sido presidenta de la Asociación Navarra de Escritores/as, colabora con prensa nacional e internacional y ha participado en diversas

antologías con escritores cubanos y andaluces.

2021. Con «*Andrómeda Encadenada*» se ha convertido en la primera autora en español adaptada a ópera contemporánea, estrenada en el Palau de la Música de Barcelona, y con «*La selva bajo mi piel*» ha logrado el VII Premio de Novela Albert Jovell, uno de los más prestigiosos de habla hispana.



Portada
del libro
galardonado
con el VII
Premio
de Novela
Albert Jovell. ►

FICHA:

- **Título:**
La selva bajo mi piel.
- **Autora:**
Fátima Frutos.
- **Editorial:**
Almuzara.
- **Año de edición:**
2022.
- **I.S.B.N.:**
978-84-18952-43-2
- **Páginas:**
272
- **Formato:**
15 x 23 cm.
- **Precio:**
15,95€.
Venta en librerías.

El primer paso de la ignorancia es presumir de saber

(Baltasar Gracián. 1601-1658. Escritor español)

Dr. Iñaki Santiago.

Médico de Urgencias en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Hay un dicho que dice, valga la redundancia, que *"donde dije digo, digo Diego"*. Y este digo dije tiene mucho que ver con lo que nos dicen, con lo que nos ha parecido que nos han dicho y con lo que finalmente hemos entendido. Fruto de este enjambre de casualidades se desarrolló un juego denominado *"El teléfono descacharrao"* al que juegan niños, no tan niños y adultos de pelo en pecho o de sostén en ristre, en función de la condición sexual de cada cual, que siguen jugando como tontos, está claro que en este caso sin darse cuenta de sus deslices y pifias. El susodicho jueguecito consiste en contarle al de al lado una historieta corta al oído, sin que el resto lo oiga. Este a su vez se lo cuenta al siguiente y así sucesivamente. Al final, el último que recibe el mensaje manifiesta en voz alta lo que se supone que ha dicho el primero. La gracia es que el parecido del relato final no suele asemejarse absolutamente en nada al mensaje primigenio, lo cual conduce a una serie de hilarantes y desternillantes situaciones. Esto, claro está, en el juego, porque en la vida pasa como en el ocurrente pasatiempo, pero a veces sin un final tan jocoso.

Ya contaba el genial Eugenio, parapedado tras el humo de su sempiterno cigarrillo, que el coronel "no-

sé-quién" había ordenado que los soldados formaran en el patio. La información fue pasando de mando a mando, como corresponde a todo ejército que se precie, desembocando la información final en que al terminar el día iba a haber un eclipse solar en el gimnasio del cuartel por orden del coronel. O algo así.

Vamos, como la vida misma. Una cosa es lo que te dicen y otra muy diferente lo que entiendes. Y ya si luego vas y lo cuentas, pues qué queréis que os diga. *¿De dónde vienes?; Manzanas traigo.*

El problema además es que cuanto menos sabe el personal, más se cree que sabe. El no reconocer la ignorancia sobre un determinado tema es un clásico del ser humano. Ya lo decía la paupérrima cancioncilla aquella: *"Antes muerta que sencilla"*. Y ya lo decía también mi padre, formado en la universidad de la calle: *"Ojo hijo mío, que la ignorancia es muy atrevida"*.

Afortunadamente, hoy en día en que la enseñanza es obligatoria hasta no sé qué edad, se supone que se ha conseguido revertir la cosa, que la situación cambie y que la gente ya no sea analfabeta. Bueno, eso si presumimos que el analfabetismo consiste básicamente en no saber leer, ni escribir. Pero es que hay personas

humanas (como decía la famosa coplista) que saben leer y escribir, pero son analfabetas de la vida, totalmente homologadas. La incultura hecha carne humana. Auténticos másteres de la ignorancia. Versiones andantes del rusticismo más casposo y profundo. Son los auténticos valedores de la falta de vergüenza a la hora de opinar de cualquier tema que se precie. Y no hablo de esos tertulianos de los programas de radio y televisión, que hoy te hablan de la influencia del canto del petirrojo en el precio del pan de semillas para mañana dar una magnífica y fastuosa lección magistral sobre el porqué de la influencia de los planetas que orbitan en derredor de Alfa Centauro sobre la caída del pelo antes de los cuarenta años. Hablo de esa gente que frente a un micrófono es incapaz de reconocer que no sabe y siente la impetuosa necesidad de decir lo que sea, por muy enorme que sea la barbaridad digan. Y si ya el micro va acompañado de una cámara, apaga y vámonos. Estos individuos e individuos sí que son el verdadero material que permite sobrevivir a teles y radios. Una indudable mina para los reporteros de a pie:

- Perdona, ¿podrías decirme cuál es la capital de Francia? – pregunta el de la alcachofa a la choni que acaba de asaltar por la calle.

Por fin cara a cara Dr. Vaginesil.

Van-hel-sing Dr. Vanhelsing



- ¡Londres! – contesta rápido y nerviosamente la Vane, mientras mira a su amiga, que suele ser del pelo, esperando la confirmación.
- ¡Qué dices chica! ¡Francia es la capital de París! – le corrige la Yessi, mientras la Vane se mordisqueea una uña admitiendo su error y observando a su mejor amiga, la Yessi, con mirada que dice: “¡O sea, tía, Yessi, pero qué lista que eres, tía, o sea!”.

Y con cuatro de estos, a rellenar horas y horas de telebasura y de radioporquería, que parece que es lo que vende. Claro está, junto con los sabios tertulianos, instruidos en las

más variopintas y bizarras de las cosas de la vida, capaces de hablar de cualquier cosa y auténticos maestros en no saber estar callados. ¡Menuda fauna! ¡Unos y otros! ¡Unas y otras!

Con lo bonito que es vivir estas cosas en el día a día. Esos malentendidos unas veces surgidos de la espontaneidad e imprevisibilidad de la vida y frente a aquellos sobrevenidos de la incultura y de esa necesidad que imbuye a mucha peña de querer saber de todo y por tanto, tristemente, de querer tener la razón absoluta de su lado. Además, internet suele ser su máximo valedor y su base cardinal para todo.

ANECDOTARIO

EL LIBRO DE LA VERGÜENZA

Aquella mujer, trabajadora de un laboratorio, presentaba las magníficas cualidades (como el Cola Cao) de un determinado medicamento a un médico que la escuchaba con atención. Finiquitada la exposición, introdujo su mano en una pequeña maleta, para extraer un libro que amablemente cedió al galeno mientras le decía:

- Tome doctor, un pequeño detalle.

Hay que decir que el médico receptor era un personaje ya entrado en años, en el que la presbicia había realizado su despiadada y cruel labor, cual martillo pilón, no permitiéndole ver de cerca y obligándole a utilizar las ineluctables antiparras correctoras para poder enterarse mínimamente de lo que tenía cerca. En ese concreto momento sus gafas colgaban inermes de un cordoncillo pasado alrededor de su cuello a fin de tener siempre a mano el salvador elemento de lectura. En este caso, las gafas permanecían suspendidas de su cerviz, lo cual no suele ser la mejor medida para conseguir que la capacidad visual se corrija, por lo que el veterano médico posó su borrosa vista en la portada del comentado libro, dejándole entrever el título principal que con grandes caracteres rezaba: “De la P a la T”. Esto bastó para que supusiera que el contenido de aquel manual era algún tipo de diccionario médico o farmacológico. Y por ello dijo de forma seria:

- ¡Muchísimas gracias! De todas formas, quería comentarte que me faltan los anteriores: de la A hasta la P.



ANECDOTARIO

- ¡¡Ja, ja, ja, ja, ja!! – fue la jocosa reacción de la representante. – ¡Qué bromista!
- No, no, lo digo en serio – contestó circunspecto el galeno.

Y dicha esta última palabra, forzó con energía la vista y consiguió ver que el librito de marras tenía un subtítulo más pequeño debajo del principal. Un subtítulo que en un primer momento relacionó con una cenefa, tipo carrera de hormigas, pero que tras el esfuerzo ocular le permitió entrever una notación que decía: "Electrocardiografía paso a paso". En ese instante se vio inmerso en una gran turbación y pretendiendo excusar su metedura de pata añadió:

- ¡Ah, ahora entiendo! Es que sin gafas no veo nada – asumió, mientras tragaba saliva enterrado en un mar de lógica vergüenza.

Explicaré, para los de la LOGSE y la LOMCE, que el electrocardiograma registra la actividad cardíaca en forma de ondas que van de la P a la T, pasando por la Q, R y S. De ahí el título del librito.

El caso es que, cuando el médico se retiraba dando las gracias y evitando que la viajante intuyera el sonrojo de sus mejillas, pensó: *"Pues no andaba yo tan despistado, porque al ver mi error me he quedado helado y he caído en la cuenta de que cuando a un hipotérmico le haces un electrocardiograma, suele aparecer una onda que llamamos J, que está antes de la P. Y en algún manual comentan la aparición de una onda U después de la T. Y la onda F del flutter. ¡Pero si hasta hay ondas griegas, como el yogur, y si no, ahí están la delta y la epsilon para demostrarlo! ¡No iba yo tan des-caminado!"*.

¡Antes muerto que reconocer la metedura de pata! ¡Genio y figura!

EL JUBILADO

La pareja de octogenarios entró en la consulta, siendo invitados por la doctora a sentarse en sendas sillas. Era una pareja nueva en la zona, por lo que, una vez aposentados en sus respectivas sillas, dio comienzo el acto médico por donde suele y debe comenzar, por las consabidas presentaciones, para pasar de seguido al meollo de la cuestión.

- Buenos días don José. Soy la doctora Menganitez. Encantada de atenderle. Cuénteme qué es lo que le ocurre.
- Pues que no tengo arrestos ni para comer – contestó lacónico don José.
- ¿Qué es lo que se nota? – inquirió la galena.
- ¡Pues que no valgo ná! – insistió el paciente.
- No quiere ni levantarse de la cama, ni comer, ¿sabe? – añadió la señora María, fiel partener del apocado don José.
- ¿Es usted autónomo? – preguntó interesada la médica a fin de conocer la capacidad de movilidad y la validez en el vestir, aseo y esas cosas de la vida diaria de don José.
- ¡Pero doctora! ¡¿Yo autónomo?! ¡Que llevo jubilado veinte años! ¡¿Cómo voy a ser autónomo, a mi edad!? – soltó de sopetón el

anciano mientras esbozada una media sonrisa que denotaba su pensamiento interior: *"¡Será torpe la muchacha esta! ¿Pero no ve la edad que tengo?"*.

Sin perder un ápice el temple y aguantando la risa interior, la doctora le aclaró:

- Me refiero a si hace usted cosas en casa.

En ese momento se despertó a la bestia. La señora María, mujer de don José se enderezó en la silla y mirando fijamente a la doctora, mientras blandía el dedo índice de su mano derecha hacia su marido, manifestó airadamente:

- ¿Éste? ¿Válido? ¿Hacer algo en casa? ¡En su vida a hecho nada de nada! ¡Ha vivido siempre a papo de rey! ¡Le he dado siempre todo al morro! Que si es válido, pregunta. ¡Un vago de tomo y lomo es lo que es este hombre! ¡Un auténtico vago!

Tras el desahogo de la enfurecida señora María, la doctora Mengani-tez, viendo claramente que no iba a poder sacarlos de su confusión, derivó la consulta por derroteros menos espinosos, mientras en su cabeza bullía con fuerza una sola idea: *"Cuan-do cuente esto, no me van a creer"*. ¡Pues ahí queda!

¡Angelicos!

Colegio de Médicos y CUN firman un acuerdo de colaboración en el proyecto AIRE

Se trata de un programa pionero de cribado para prevenir el cáncer de pulmón en fumadores y exfumadores

El presidente del Colegio de Médicos de Navarra, Rafael Teixeira, firma el acuerdo de colaboración para la participación en el Proyecto AIRE, junto al director de Desarrollo de la CUN, Íñigo Goenaga.



TAC DE BAJA DOSIS DE RADIACIÓN

El Colegio Oficial de Médicos de Navarra y la Clínica Universidad de Navarra (CUN) suscribieron el pasado junio un acuerdo de colaboración para la participación de los colegiados de MEDENA en el proyecto AIRE, puesto en marcha por el Departamento de Neumología del hospital académico. Se trata de un proyecto pionero de cribado de cáncer de pulmón en fumadores y exfumadores que busca confirmar la importancia de la detección precoz para aumentar la supervivencia en este tipo de tumor.

La principal finalidad de dicho programa es investigar, estudiar y analizar situaciones reales de potenciales enfermos de cáncer de pulmón, para lo cual tiene proyectado la realización un "screening" o cribado de detección de la citada enfermedad entre personas que puedan estar interesadas y cumplan determinados requisitos personales y clínicos que les hagan ser susceptibles de ser candidatos al cribado.

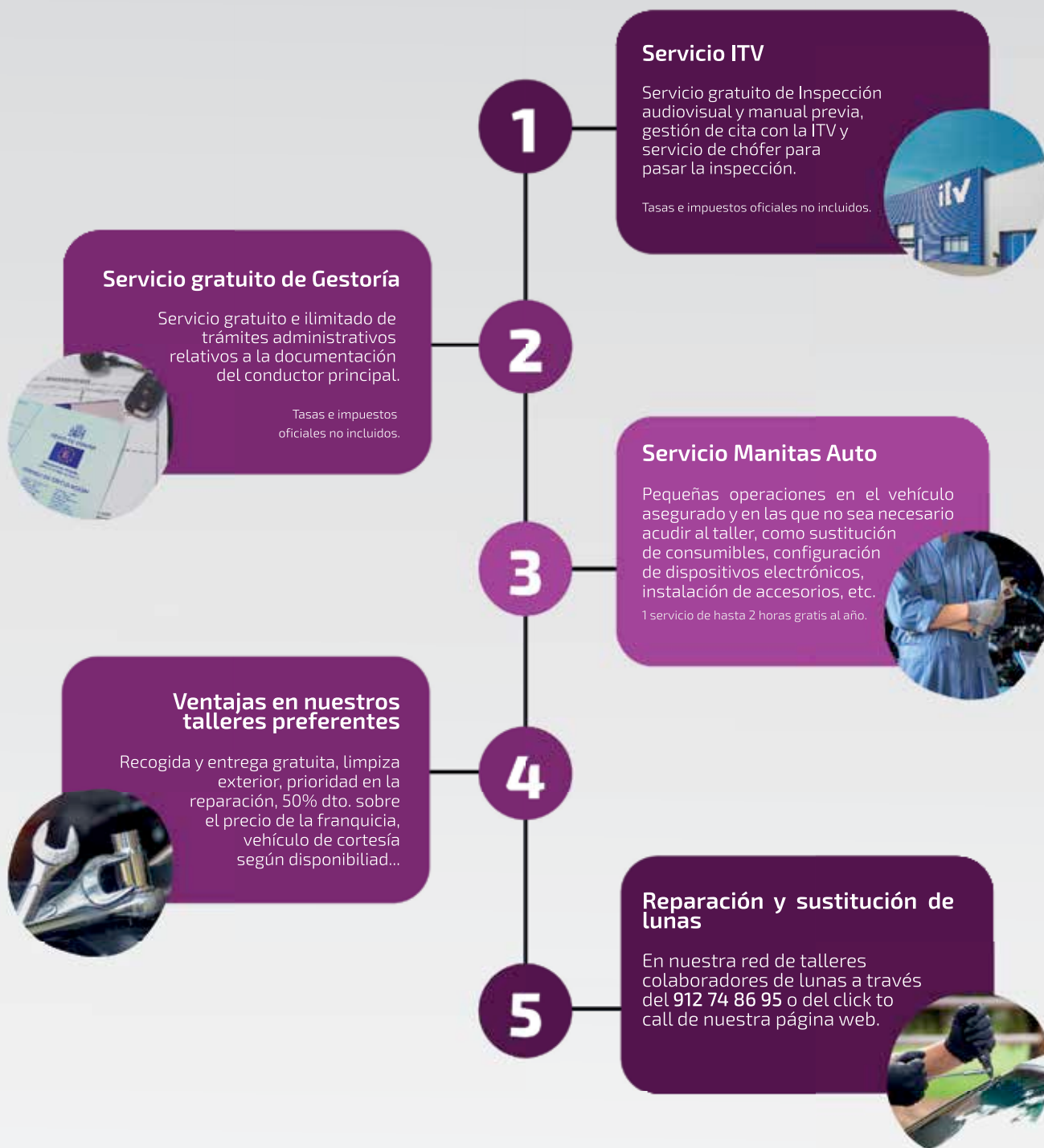
El proyecto AIRE (Actuación Integral sobre el aparato Respiratorio para detección y tratamiento del cáncer de pulmón) espera encontrar patología oncológica entre el 1 y el 3% de los participantes en el estudio, personas mayores de 50 años de edad, que deben haber fumado más de 1 paquete de tabaco al día durante 20 años y, si ya no fuman, haberse abstenido de este hábito durante un tiempo máximo de 15 años.

Los participantes en AIRE van a colaborar en proyectos de la Clínica Universidad de Navarra y del Cima Universidad de Navarra y pueden quedar registrados en la base de datos de la cohorte internacional iELCAP (International Early Lung Cancer Detection Program). Durante su participación en el estudio, se les realiza un TAC de baja dosis de radiación sin contraste intravenoso y pruebas de función respiratoria (espirometría y capacidad de difusión). Si los datos lo requieren, acuden a una valoración posterior con un especialista del Departamento de Neumología.

Los últimos resultados del norteamericano National Lung Screening Trial (NLST) -ratificados por estudios europeos- avalan la recomendación del cribado con TC de baja dosis para individuos de alto riesgo. El Dr. Seijo señala que "nuestro grupo ha participado en iELCAP desde hace casi 20 años y es pionero en España en la implantación de un programa asistencial e investigador en cribado de cáncer de pulmón. Hemos participado en publicaciones de gran impacto demostrando que la detección precoz del cáncer de pulmón es posible" y subraya que "la supervivencia de nuestros pacientes de cribado es superior al 70% a los 10 años tras el diagnóstico de un cáncer de pulmón".

El Dr. Seijo concluye que "estamos en condiciones de aportar soluciones innovadoras que permitan detectar antes, y tratar más eficazmente, el cáncer de pulmón para contribuir a una reducción muy significativa de la mortalidad asociada a esta enfermedad".

¿Conoces las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A?



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

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en



y en nuestra APP

