

M MEDICOS DE CIUDAD REAL

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real N.º 10 Mayo - Junio de 2002

Los médicos formarán a la población sobre el **SIDA**

ANIVERSARIO

25 años dirigiendo el Servicio
de Anatomía Patológica



REPORTAJE:
El Centro Guadiana reclama
un Psiquiatra en plantilla

DOSSIER :
Cirugía conservadora
del Cáncer renal

**Presuma de tener
un tipo envidiable.**



Autómatizado por J.A., C.E. y H. nº 47/01 E47/01CF05P

*T.A.E. calculado para un préstamo de 1.000.000 pts. a 7 años con amortización mensual de capital e intereses. Comisión de apertura 2% (Mínimo 5.000 pts.). Tipo Nominal Máximo 10% (T.A.E. 11,35%).

Fidelidad *Crédito*

Más productos, mejor tipo.

Con este crédito podrá presumir de tener un tipo envidiable.
Porque sólo el Crédito Fidelidad de Unicaja mejora su tipo de interés
en función de los productos que tenga contratados en Unicaja.

Infórmese en su oficina.

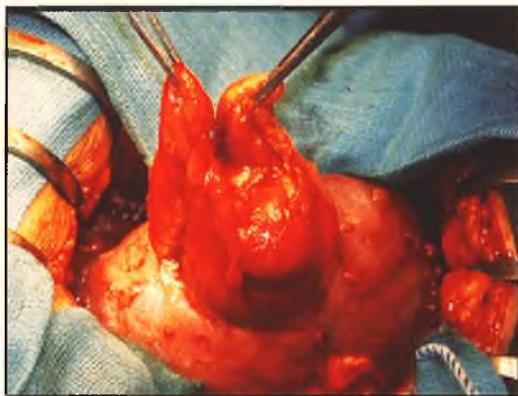
UniVía
www.unicaja.es

UNICAJA
UNIVERSITARIA
DIRECTA
901 246 246

Unicaja

Sumario

MÉDICOS DE CIUDAD REAL. Número 10. Mayo-Junio de 2002



6 Cirugía Conservadora del Cáncer Renal

El cáncer de riñón supone el 2% de las neoplasias malignas primarias del adulto. La incidencia varía de unos países a otros, entre 1 y 20 casos por 100.000 habitantes año.



9 Los médicos formarán a la población sobre el SIDA

El Colegio de Médicos de Ciudad Real pone en marcha un programa que tiene como objetivo crear una red de informadores sanitarios.

16 25 años dirigiendo un Servicio

Manuel Carbajo tomó posesión como Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real el 1 de junio de 1977.



OTROS TEMAS

Un Psiquiatra para el Guadiana

Los profesionales que atienden los módulos del Centro argumentan que existen 248 pacientes. 180 reciben tratamiento neuropsiquiátrico de forma crónica.

10

Estudio del Cáncer

Los doctores Teófilo Cubo Cintas y David Padilla Valverde, del Hospital de Alarcos de Ciudad Real, leyeron sus tesis doctorales el pasado 8 de mayo en Córdoba.

12

Atención al Médico Enfermo

El Colegio de Médicos de Ciudad Real firmará un convenio para adherirse al PAIME, Programa de Atención al Médico Enfermo, cuyo precursor fue el Colegio de Barcelona.

18

Caballero repite como presidente

Juan Caballero, ginecólogo, fue reelegido por unanimidad presidente de la Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

20

SECCIONES

22 ACTUALIDAD FISCAL:
I.R.P.F. 2001

23 ACTUALIDAD JURÍDICA:
Prisión e inhabilitación

24 INTERNET:
Evaluación de páginas Web dedicadas a la Medicina.

24 SMOKEND:
Inaugurado un nuevo Centro de Deshabitua-
ción del tabaco.





Línea
Electrónica



Sólo con mover un dedo.

Estén donde estén,
particulares, empresas y organismos públicos
podrán acceder a multitud de servicios,
de forma **fácil, rápida, dinámica y segura**
desde su terminal con conexión a internet.

Infórmese en su oficina de CCM
ó visite la demostración en www.ccm.es



MÉDICOS DE CIUDAD REAL

EDITA:

Colegio Oficial de Médicos
de Ciudad Real

DIRECTOR:

Pascual Crespo Crespo

SECRETARIA DE DIRECCIÓN:

Prado Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN:

Fernando de Hita Zamorano, José Manuel González Aguado, Alberto López Valle, Antonio Cinca López, Antonio L. Ruiz Serrano, Juan Francisco Ayala Muñoz, Francisco Ruiz Carrillo, Heliades Portillo, Julián Deblas Castellanos, Luis Javier García Morales, Rafael V. García García, Ramón Serrano Serrano, Segundo Martín López, Ricardo Pardo García, Luis Calahorra Fernández.

COLABORADORES:

Luis Sánchez Morate.
(Asesor Jurídico)
Félix Aponte Oliver.
(Abogado. Asesor Fiscal)

COORDINACIÓN:

Sonia Tortosa

IMPRIME:

Lozano Artes Gráficas
926 21 38 77

DEPÓSITO LEGAL:

CR-340/00

ISSN:

1578-3839

TIRADA:

1.600 ejemplares

DISTRIBUCIÓN GRATUITA PARA
COLEGIADOS MÉDICOS

Editorial

El Doctorado en la provincia

En el número anterior de la revista os anunciaba las negociaciones que estamos manteniendo con las Universidades de Castilla La Mancha y Córdoba para poner en marcha la segunda edición del Programa de Doctorado en Castilla La Mancha. Hemos hecho, además, un sondeo entre los colegiados para informarnos sobre la demanda existente para la realización de este tipo de cursos. Nuestra satisfacción no puede ser mayor. Por un lado, la segunda edición es un hecho y todos los acuerdos están prácticamente cerrados, -los cursos darán comienzo, a falta de confirmar, en octubre-, y por otra, el número preinscritos, es decir, interesados por empezar su tesis doctoral, supera con creces la oferta. Y este hecho es satisfactorio a su vez porque demuestra la curiosidad y las ganas de aprender de la profesión en nuestra provincia, y sólo desde ese punto de vista es posible el avance científico y, en consecuencia, una mejora global de la Sanidad. Sirvan como ejemplo las tesis defendidas por los **Teófilo Cubo Cintas y David Padilla Valverde** recientemente en Córdoba (aptos Cum Laudem aunque a ellos, por su modestia inmerecida, les cueste decirlo) que constituyen un punto de partida en la lucha contra el Cáncer.

En otro orden de cosas, vamos a firmar un convenio de adhesión con el Programa de Atención al Médico Enfermo (P.A.I.M.E), un Servicio de tratamiento integral a médicos con problemas de tipo psicológico o adictivo, cuyo precursor ha sido el Colegio de Médicos de Barcelona. El programa garantiza la confidencialidad incluso de la identidad, y se basa en el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial. No es ningún secreto que los médicos somos los peores pacientes de todos los sectores sociales, pero también es cierto que si nosotros no estamos en perfectas condiciones físicas y psíquicas no podremos ejercer nuestra profesión con garantías. Por experiencias cercanas puedo aseguraros que el PAIME funciona y, por ello, es mi deseo hacer extensivo el convenio al resto de Colegios Médicos de Castilla La Mancha, así como a otros colegios profesionales sanitarios.

Os comentamos, además, en estas páginas, la inminente inauguración de la nueva delegación del Colegio de Médicos ubicada en la localidad de Alcázar de San Juan, gracias a los acuerdos con la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA). Es una enorme satisfacción anunciaros esta apertura por que con ella lograremos acercar físicamente el Colegio a los colegiados, al tiempo que permitirá la puesta en marcha de nuevos y mejores servicios.

Por último recordaros que se acerca el Día de la Patrona, y con él un completo programa de actos en los que estamos trabajando, y del que os daremos cumplida información en breve en el próximo número de MÉDICOS DE CIUDAD REAL, y mediante circulares como en años precedentes. Contamos con vuestra presencia para celebrar un día de hermandad de la profesión médica, que consigue reunir cada año a cerca de un millar de personas. **M**



*Pascual Crespo Crespo,
presidente del Colegio Oficial
de Médicos de Ciudad Real*





La mortalidad en este tipo de patología es elevada, aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados

Cirugía conservadora del cáncer renal

El cáncer de riñón supone el 2% de las neoplasias malignas primarias del adulto. La incidencia varía de unos países a otros, entre 1 y 20 casos por 100.000 habitantes año.

*Luis Calahorra Fernández,
Servicio de Urología del C.H. de Ciudad Real*

En España esta incidencia del cáncer de riñón es menor siendo de $5,3 \times 10^5$ habitantes año para los varones y de $1,9 \times 10^5$ habitantes año para las mujeres. La mortalidad es elevada, aproximadamente el 50% de los casos diagnosticados.

En los últimos cinco años se ha objetivado una mejora de la supervivencia debido al diagnóstico precoz y a la mejora de la técnica quirúrgica, ya que los tratamientos sistémicos son poco efectivos en estas neoplasias.

Desde su descripción por Robson en 1963 la nefrectomía radical ha sido el tratamiento de elección en el carcinoma renal. Esta técnica implicaba un abordaje precoz del pedículo renal (generalmente por vía anterior), la exéresis del riñón por fuera de la fascia de Gerota, la suprarrenalectomía ipsilateral y la linfadenectomía regional. En la actualidad solo hay evidencia de que la exéresis del riñón por fuera de la fascia de Gerota sea favorable desde el punto de vista oncológico. La suprarrenalectomía se reserva para tumores del polo superior o tumores muy grandes. La linfadenectomía tiene valor en cuanto al estadije.

Al contrario que en otros órganos la cirugía conservadora de los tumores renales se ha desarrollado tardíamente. La primera cirugía conservadora por tumor renal fue llevada a cabo por Czerny en 1887 pero la técnica fue abandonada por su gran morbilidad con alta incidencia de complicaciones (hemorragia, fistulas). La primera publicación sobre cirugía conservadora en Estados Unidos fue realizada por Vermooten en 1950 sugiriendo que las neoplasias renales periféricas encapsuladas pueden ser escindidas localmente proponiendo técnicas e indicaciones para la cirugía conservadora.

La cirugía radical no siempre se podía realizar sin tener en cuenta los programas de diálisis y trasplante en los casos de riñón único, insuficiencia renal o tumores bilaterales. Por este motivo se empezó a hacer la cirugía conservadora con indicación imperativa publicándose en Europa las primeras series por Carini en 1981 y por Bazzed en 1986.

Con la difusión de las técnicas de diagnóstico por imagen (ecografía y TAC) cada vez se diagnostican de forma incidental tumores más pequeños, de estadio „más bajo y por tanto de mejor pronóstico. Esto sumado a los buenos resultados obtenidos en los primeros casos ha hecho que la indicación se haya extendido a pacientes con riñón contralateral normal o afecto por una afección benigna que pueda comprometer en el futuro la función renal (Hipertensión, diabetes, litiasis, etc.).

Recientemente se están desarrollando técnicas mínimamente invasivas de cirugía conservadora para los tumores renales.

Indicaciones

Indicaciones

Las indicaciones de cirugía conservadora de los tumores renales se pueden sistematizar en tres grupos:

Obligatorias o imperativas: la nefrectomía radical dejaría al paciente anéfrico con necesidad de diálisis o trasplante. Tumor bilateral sin

crónico, tumor en riñón único anatómico o funcional e insuficiencia renal (Creatinina sérica mayor de 2,5 mg./dL).

Relativas: riñón contralateral afecto por enfermedades sistémicas o específicas que pudieran comprometer su función, o predispongan al desarrollo de tumores: Litiasis, neuropatía diabética, nefropatía hipertensiva, fibrodisplasia de la arteria renal, pielonefritis crónica, reflujo vesicoureteral, estenosis de la arteria renal, enfermedades autoinmunes, nefrosclerosis, patología quística (Riñón. poliquístico), hiperuricemia, hidronefrosis, patología malformativa (Riñón en herradura), insuficiencia renal crónica (Creatinina entre 1,5 y 2,5 mg./dL), Enfermedad de. von Hippel Lindau etc.

Electiva: riñón contralateral normal y tumores localizados, menores de 4 centímetros, únicos. También está indicada en quistes indeterminados (que ofrezcan dudas diagnósticas). El inconveniente de la indicación electiva es la posibilidad de recidiva local por resección incompleta o por la multicentricidad. La cirugía conservadora es técnicamente más difícil que la cirugía radical. Actualmente la cirugía radical sigue siendo el tratamiento de elección en los pacientes con tumores renales y riñón contralateral normal.

Evaluación de los pacientes

La evaluación de los pacientes no difiere mucho de la necesaria para la realización de la cirugía radical. Además de las pruebas de diagnóstico por imagen: como ecografía y TAC abdominal y del

estudio de extensión. Puede ser necesario el conocimiento de la anatomía vascular renal y su relación con el tumor mediante angiografía. Esto es importante en tumores grandes de localización central. Las nuevas técnicas de imagen como el TAC helicoidal y el procesado informático de las imágenes son muy útiles ya que integran en una exploración: arteriografía, flebografía, TAC en dos dimensiones y Urografía.

Principios básicos de la C. Conservadora

La vía de acceso al riñón se hace mediante una lumbotomía sobre la XI o XII costilla.

El riñón se moviliza dentro de la fascia de Gerota, dejando intacta la grasa perirrenal en la zona que rodea al tumor. Se debe examinar la superficie renal para descartar tumores multicéntricos. La ecografía intraoperatoria es útil en pacientes de alto riesgo de recidiva (formas

intervención se administra Manitol endovenoso antes y después del clampaje. En los casos en los que se prevea un tiempo de isquemia superior a 30 minutos, se debe aplicar hipotermia de superficie con suero salino helado.

El tumor debe ser extirpado por completo, si es posible, dejando un margen de seguridad.

El sistema colector se cierra estancamente con sutura reabsorbible. En reconstrucciones complejas puede ser necesario colocar un catéter doble J.

La hemostasia se hace ligando los vasos con sutura reabsorbible. También se puede complementar coagulando con un láser de argón.

Para cerrar el defecto renal si es posible se deben aproximar las superficies de parénquima seccionadas. Si no es posible se pueden aponer tejidos para cubrir el defecto y facilitar la hemostasia. Los más empleados son: grasa

mesorrenales, en tumores múltiples. Ocasionalmente se puede emplear en tumores en el seno sobre los vasos hiliares. Si es posible se debe hacer nefrectomía parcial ya que conlleva el riesgo de recidiva por dejar tumor residual

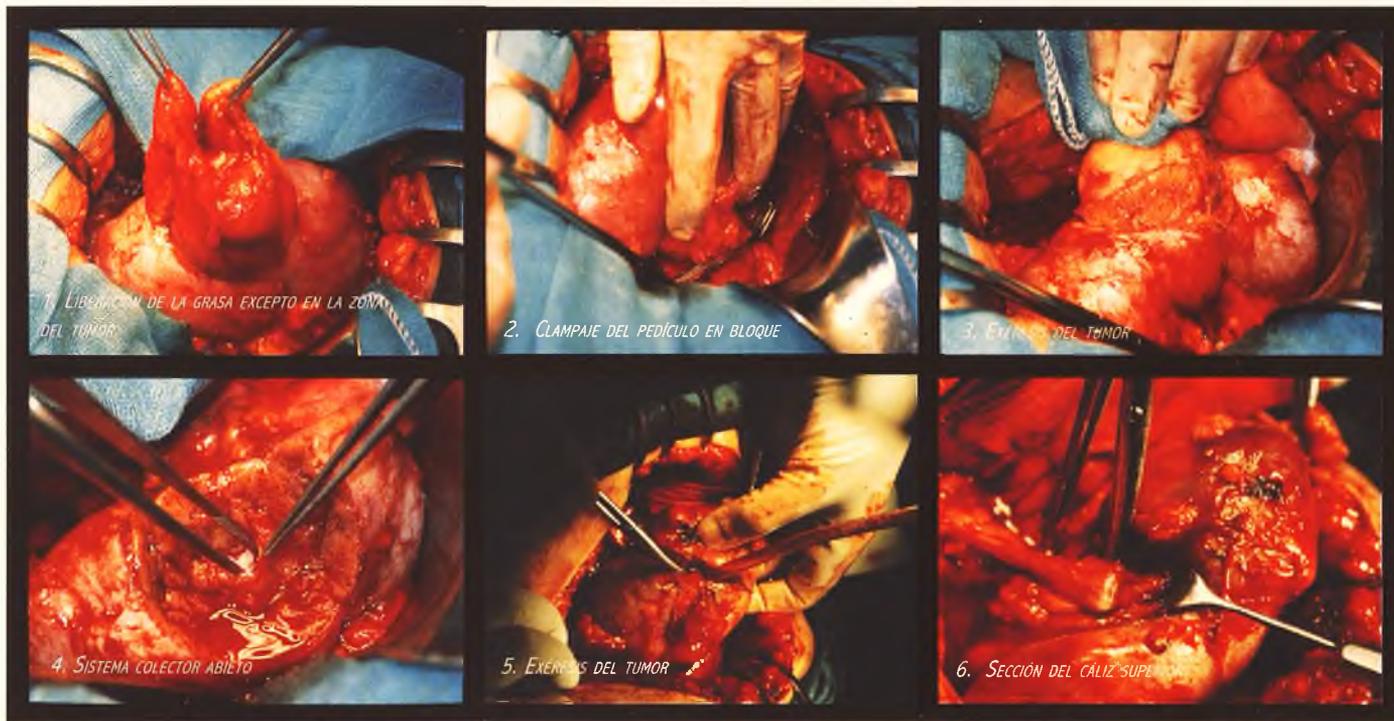
Nefrectomía parcial in situ: Implica la exéresis del tumor con un margen de tejido sano de al menos un centímetro. Dependiendo de la ubicación del tumor existen variantes técnicas:

Nefrectomía parcial polar para tumores confinados en el polo superior o inferior del riñón.

Resección en cuña: para tumores periféricos sobre la superficie renal salvo en los polos. También se emplea en tumores hiliares.

Nefrectomía parcial mesorrenal: tumores grandes mesorrenales no extirpables mediante resección en cuña o enucleación.

Resección transversa mayor: tumores muy grandes ubicados en los polos renales.



hereditarias) y en reintervenciones.

Es necesario acceder y controlar precozmente del pedículo renal. En tumores periféricos, pequeños, puede no ser necesario el clampaje. Sin embargo, en tumores grandes, sobre todo localizados centralmente, es necesario clampar la arteria y la vena. Habitualmente suele ser suficiente el clampaje arterial. Algunos grupos propugnan la oclusión del pedículo en bloque sin disecar.

Para evitar el daño isquémico del riñón se hidrata al paciente preoperatoriamente. Durante la

pediculada o no vascularizada, peritoneo y fascia. También se utiliza material sintético como Surgycel, o Gore Tex.

Técnicas quirúrgicas

Se han descrito varias técnicas que están indicadas en distintas situaciones:

Enucleación: Implica la exéresis del tumor por fuera de la pseudocápsula de tejido fibroso que lo circunda. Está indicada en tumores menores de 3 centímetros de diámetro, polares o

Cirugía conservadora con protección

de la isquemia: En casos complejos de tumores grandes muy vascularizados, que afecten al hilio renal, más si hay afectación venosa o coexistente lesión arterial renal y en tumores multicéntricos no tratables mediante cirugía in situ por número o por localización, puede estar indicada la nefrectomía parcial extracorpórea con autotrasplante en fosa iliaca. Actualmente es raro tener que recurrir a esta intervención dado el perfeccionamiento de las técnicas in situ.





Recientemente se ha descrito una técnica de cirugía conservadora con protección de isquemia in situ, indicada en los casos anteriormente descritos y en tumores renales bilaterales.

Complicaciones

La incidencia de complicaciones ha disminuido en la última década, oscilando entre el 4 y el 30% según las series. Los factores que han contribuido a esta disminución son: una mejor selección de los pacientes, el perfeccionamiento de las técnicas, la mayor experiencia quirúrgica y la mejora de los cuidados postoperatorios.

La complicación más frecuente es la fistula urinaria (6,5%) que se suele resolver con tratamiento conservador. Otra complicación frecuente

una resección incompleta del tumor primario, a una enfermedad multicéntrica oculta o al desarrollo de un nuevo tumor primario o metastásico en el remanente renal. La incidencia de recurrencia local en los casos de indicación imperativa oscila entre el 0 y el 10,2%. En la mayoría de las series de indicación electiva no se han comunicado recidivas locales aunque en alguna serie llega al 7,2%.

La existencia de **tumores multifocales** puede deberse a la existencia de islotes tumorales microscópicos múltiples, a factores moleculares que predispongan a la malignización de un segmento o todo el riñón, a la mutación de células germinales en todo el riñón o a la existencia de metástasis intrarrenales del mismo clon tumoral. La multicentricidad condiciona una posible recidi-

crioablación laparoscópica y la Nefrectomía parcial laparoscópica

La **crioablación laparoscópica** consiste en la destrucción del tejido tumoral mediante congelación con una sonda de nitrógeno líquido a -40° C introducida a través de un trocar. Se hacen ciclos de congelación y descongelación. El avance de la sonda se controla de con ecografía y laparoscopia. En tumores pequeños los resultados en manos experimentadas son buenos aunque es necesario un mayor seguimiento.

La **nefrectomía parcial laparoscópica** es una técnica en desarrollo. Se puede hacer mediante un abordaje retroperitoneal o transperitoneal. La experiencia aún es corta empleándose diversas técnicas. La reproducción de las técnicas abiertas es difícil por esta vía. La laparoscopia asistida con la mano facilita el procedimiento. Actualmente se emplea en tumores pequeños (menores de 2,5 centímetros), exofíticos. El tiempo operatorio es largo con una alta incidencia de complicaciones. Aunque los resultados son buenos en cuanto a supervivencia no se aconseja su empleo sistemático como tratamiento oncológico.

Actualmente se están probando **nuevas fuentes de energía para destrucción tisular** por termonecrosis produciendo cavitación del tejido tumoral. Entre estos destacan: los ultrasonidos focalizados de alta intensidad, que pueden aplicarse de forma extracorpórea y la ablación por radiofrecuencia intersticial, aplicada mediante un electrodo por vía percutánea o laparoscópica. Ambos métodos están en fase de experimentación existiendo algún estudio en humanos (fase II). **M**



es la necrosis tubular aguda (6,3%) que suele ser transitoria. El 4,9% de los pacientes requieren hemodiálisis temporal o permanente. Otra complicación es la hemorragia postoperatoria (2,8%).

En el 3,1% de los pacientes es necesaria la reintervención. La mortalidad postoperatoria es del 1,6 %.

Tras la cirugía conservadora se puede producir un deterioro de la función renal, por pérdida de masa nefronal. Por este motivo es necesario un estrecho seguimiento. Si aparece proteinuria mayor de 150 mg./día, se debe instaurar un dieta baja en proteínas y un inhibidor de la encima e conversión a dosis bajas.

Resultados

La **supervivencia** en los casos de indicación imperativa, superan en casi todas las series el 70% a los cinco años, acercándose en la mayoría de estas al 90%. En los casos de indicación electiva la supervivencia siempre supera el 90%, aproximándose en muchas series al 100%. En los estudios que comparan la supervivencia con cirugía radical y conservadora no se han encontrado diferencias significativas.

La **recurrencia local** puede ser debida a

va local. La incidencia de tumores multicéntricos es del 4,9%. En tumores menores de 4 cm en los que no hay afectación de la cápsula renal, candidatos ideales para la cirugía electiva, el riesgo de multicentricidad es bajo.

Respecto a la **calidad de vida** los pacientes a los que se les practica cirugía conservadora electiva tienen:

- mejor estado físico,.
- menos cansancio y trastornos del sueño.
- menos dolor y menos estreñimiento que los pacientes a los que se les practica cirugía radical.

La cirugía conservadora disminuye el riesgo de progresión a insuficiencia renal crónica y de insuficiencia renal terminal.

Los **costes** de la cirugía conservadora son superponibles a los de la cirugía radical. Únicamente el tiempo quirúrgico es más largo y en algunas series la incidencia de complicaciones es más alta.

C. Conservadora mínimamente invasiva

En los últimos años se están desarrollando técnicas mínimamente invasivas con objeto de disminuir el tiempo de intervención, reducir la morbilidad y el dolor postoperatorio y acortar las estancias hospitalarias. Estas técnicas son la

Conclusiones

La cirugía conservadora de los tumores renales es un reto para el urólogo. En los casos de indicación obligatoria no cabe discusión. Sin embargo en los casos de indicación electiva (riñón contralateral normal) la decisión de realizar un tratamiento conservador puede resultar comprometida por el riesgo de recidiva local. Los resultados a largo plazo en grandes series, demuestran que los resultados son superponibles a la cirugía radical con un riesgo mínimo de recidiva local. Las nuevas técnicas mínimamente invasivas requieren más estudios y mejoras técnicas para poder usarse sistemáticamente. **M**

El Colegio de Médicos de Ciudad Real pone en marcha el Programa de Intervención Educativa sobre la Población en general en SIDA



Los médicos formarán a la población sobre el SIDA

El Colegio de Médicos de Ciudad Real pone en marcha un programa que tiene como objetivo crear una red de informadores sanitarios.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Las Vocalías de Medicina Rural y Médicos Titulares del Colegio de Médicos de Ciudad Real, en colaboración con la Organización Médica Colegial y la Secretaría del Plan Nacional contra el SIDA, han organizado el I Curso de Intervención Educativa en la Población General sobre el SIDA, donde han participado más de una treintena de médicos de toda la provincia. Se trata de un programa de «formación de formadores» por el que tras realizado el curso, estos médicos ofrecerán charlas informativas a diferentes colectivos sobre el tema, con especial atención a las zonas rurales y a los jóvenes. Según los últimos datos, la incidencia de la enfermedad muestra una disminución en la presentación de nuevos casos en los denominados colectivos de riesgos, con la paradoja de haber aumentado en la población heterosexual, principalmente en la franja de edad de 20 a 50 años, y más acusada en mujeres. A juicio de los expertos, la causa de este incremento responde a la ausencia de programas de información y campañas de sensibilización sobre medidas de prevención no dirigidas específicamente a

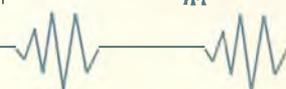
los grupos con prácticas homosexuales y los usuarios de drogas por vía intravenosa. La campaña está promovida a nivel nacional, y pretende lograr una participación de 5.000 médicos en toda España, que permitirán realizar una intervención educativa a 500.000 personas.

El curso, que tuvo lugar en la sede del Colegio de Médicos de Ciudad Real el pasado 27 de abril, estuvo coordinado por los doctores **Juan Francisco Ayala**, vocal de Medicina Rural, **José Manuel González Aguado**, vocal de Médicos Titulares y **Julián Deblas**, vocal de Médicos en Formación que además actuó como docente, junto con el **Dr. Heliades Portillo**. Cuenta con la Acreditación de la Comisión Nacional de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El programa de Intervención Educativa sobre SIDA fue presentado ante los medios de comunicación de la provincia, y en el acto estuvieron presentes además de los médicos citados, **Pascual Crespo**, presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real y **Francisco Leal Tejada**,

coordinador de Equipo de Atención Primaria de Ciudad Real. **Crespo** destacó el incremento alarmante de número de contagios entre la población heterosexual en los últimos años, es decir, que nadie está libre de ser contagiado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA no es un problema de determinados grupos de riesgo: es un ejercicio de todos. Por su parte, **Juan Francisco Ayala** recordó a los presentes, para que lo hicieran extensible a la población, que «existe una sensación generalizada de falta de riesgo en el contagio de la enfermedad», pero es errónea. En este sentido, uno de los sectores más afectados por esta «desinformación» es el medio rural, por lo que con este programa se incidirá en estas áreas. Los médicos se desplazarán hasta los municipios más pequeños para impartir sus charlas.

El curso de Intervención Educativa es un punto de partida. Se ha creado una Red de Informadores Sanitarios que en futuras actuaciones informarán y formarán sobre otros temas importantes para la población. El profesional médico se convertirá en referente en problemas de salud. **M**





El Centro Guadiana reclama un Psiquiatra en plantilla

Los pacientes que residen en el Centro presentan graves patologías neuropsiquiátricas con distintos grados de discapacidad psíquicas.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Los médicos de Atención Primaria son los que atienden actualmente los dos módulos del Centro Guadiana existentes en Ciudad Real. El equipo lo completan 8 y 7 enfermeros, y 105 y 61 auxiliares de enfermería en el módulo I y II respectivamente, además del personal de limpieza, mantenimiento y el servicio de cocina. La diferencia entre el personal de uno y otro centro está en que los del módulo I son personal directo de la Junta de Comunidades, y en el módulo II a excepción del médico, psicólogos y ATS pertenecen a empresas subcontratadas por la Junta, con una diferencia de sueldos abismal entre ambos.

El mayor problema al que tienen que hacer frente los centros Guadiana es la ausencia de un psiquiatra en plantilla. Existe un especialista con un contrato de arrendamiento de servicios que

pasa consulta una hora por semana entre los dos centros, los viernes por la tarde. Como los médicos del Guadiana afirman, «un médico de Atención Primaria no es un médico especialista en Psiquiatría. Nos vemos obligados a manejar medicación muy específica, porque la mayoría de los pacientes están en tratamiento neuropsiquiátrico y

«Todos los centros de la Junta que tengan asistencia clínica sanitaria deberían pertenecer al SESCAM»

polimedicados. Evidentemente, el tipo de mejoría que se podría obtener de estos pacientes con la especialización que tiene un psiquiatra no es la misma. En el Hospital Psiquiátrico tienen alrededor de 80 pacientes con patologías psiquiátricas y disponen de varios especialistas en plantilla».

Los Servicios Sanitarios de Medicina del Centro Guadiana dependen de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades y su esperanza pasaba porque les absorbiera el SESCAM, pero les han dejado fuera. Insisten en su derecho a tener un psiquiatra en el centro, y también no ya tener un neurólogo pero sí tener un trato preferencial con este especialista, una consulta más directa. «El principal problema que tenemos es la epilepsia. Las consultas se suelen demorar más de lo deseado, con lo cual los problemas no se

subsanar a tiempo y los tratamientos terminan siendo asumidos por los médicos del centro. En los casos agudos en psiquiatría o te la juegas o le mandas a la quinta planta. El neurólogo se podría desplazar a nuestro Centro para examinar la sintomatología clínica y realizar pruebas y estudios diagnósticos, cuando él considere oportunos».

La clave de la situación en la que se encuentran parece estar entonces en que no pertenece al SESCAM sino a la Consejería de Bienestar Social y es algo inexplicable. «Todos los centros de la Junta que tengan asistencia clínica sanitaria deberían pertenecer al SESCAM. Es lo lógico. Los pacientes que tenemos venían de un hospital neuropsiquiátrico, allí había psiquiatras, neurólogos y médicos de Atención Primaria. Nosotros manejamos recetas del SESCAM, las analíticas nos las hacen en el hospital, somos como un centro de AP con unas características especiales, es decir, que tenemos pacientes con enfermedades neurológicas y alteraciones psiquiátricas muy graves, y que además deben tener cubierta su atención primaria de salud. Aquí, cada paciente tiene su médico de cabecera y su especialista en su centro de salud, pero toda la Atención Sanitaria la reciben por los médicos de cada uno de los módulos del C. R. Guadiana. No hay una coordinación entre ambos niveles sanitarios, no podemos hablar e intercambiar criterios con los especialistas y si lo hacemos es de una manera 'informal', de colega a colega». Lo mismo ocurre con el psiquiatra asignado al centro: él trabaja por la tarde, y los médicos y psicólogos tienen turno fijo de mañana, con lo cual la comunicación es escasa y a través del teléfono. Esta, y otras deficiencias del Centro, -como establecer un turno de guardia localizado-, han sido puestas en conocimiento de diferentes autoridades sanitarias, sin que por el momento hayan recibido alguna respuesta.

Su historia

La historia del Centro Regional para Discapacitados Psíquicos Guadiana es relativamente reciente. Nació a raíz del cierre del Hospital Neuropsiquiátrico La Atalaya donde se formaban residentes de neurología y de psiquiatría. Era un hospital nacional de referencia de psiquiatría infantil y centro de tratamiento de otras muchas patologías de carácter neurológico. Hubo temporadas que incluso se internaban pacientes con alteraciones conductuales, con rangos de coeficientes intelectuales normales.

Una nueva concepción de la Psiquiatría acabó con este tipo de centros, para pasar a estructuras residenciales para una posterior integración social y ahí nació el Guadiana I (en junio de 1996), y posteriormente el Guadiana II (en noviembre de 1996). El nuevo centro se ubicó en la Ronda del Parque, en el antiguo Convento de las Adoratrices. Por mucho que se quiso adaptar su estructura no podían abarcar a todos los residentes que había y se creó el módulo II. La intención de los dos centros era la integración social. Se contrató a un equipo de educadores y de psicólogos para que los chicos (llamados así por los profesionales que les atienden aunque tienen todo tipo de edades) optimizaran sus rendimientos en función de sus capacidad intelectual. Los pacientes más avanzados se han orientado para que vayan a la ONCE y allí vayan formando una cadena de producción. Al terminar su jornada vuelven al centro como si fuera su casa. La dotación de ambos centros Guadiana está orientada a que la integración sea lo más normal posible. Disponen de gimnasio, pista de tenis, o piscina, entre otras instalaciones.

El Guadiana I está dividido en trece viviendas que van integrando a los pacientes en función de su grado intelectual. En la planta baja están los enfermos con parálisis cerebrales y diversos tipos de déficit motórico que requieren todo tipo de ayudas. En función de como suben los pisos el grado de minusvalía tanto psíquica como física es menor hasta que llegan al tercero que son los que generalmente van a la ONCE. En la tercera planta está también la vivienda de «chavales» más avanzados con opción de, en un futuro, poder integrarse en un piso donde convivan con un auxiliar a todas horas del día. Actualmente ya hay dos en funcionamiento. El módulo II está dividido en tres submódulos: A, para pacientes con déficit

motórico y graves discapacidades psíquicas y psíquicas, B, para los que tienen menores discapacidades intelectuales, y C para pacientes con mayores problemas conductuales. Es un centro moderno pensado arquitectónicamente para este tipo de pacientes que están mejor que en sus casas, entre otras cuestiones porque tienen mucho más personal para hacer frente a sus cuidados. Por eso es importante velar por conseguir cada día mejores instalaciones y un equipo sanitario capaz de ofrecer a los 248 residentes la atención que requieren y a la que tienen derecho. **M**



Centro Guadiana I y II

Pacientes en tratamiento anticomitial exclusivamente (uno a varios fármacos combinados)	44
Pacientes en tratamiento neurológico (por causas distintas a la epilepsia de cualquier origen)	8
Pacientes en tratamiento con Neurolépticos exclusivamente	30
Pacientes en tratamiento con Ansiolíticos / Antidepresivos exclusivamente	12
Pacientes con tratamiento asociado de Antiepilépticos + Neurolépticos	42
Pacientes en tratamiento con Ansiolíticos y/o AD + Neurolépticos	26
Pacientes con tratamiento Ansiolíticos y/o AD + Antiepilépticos	14
Total residentes módulo II	247
Total de población que recibe tratamiento neuropsiquiátrico de forma crónica	180
Nº enfermeros módulo I y II	16
Nº Auxiliares de Enfermería	166
Nº Médicos	2





Una gota en el estudio del Cáncer

Una investigación, realizada con 55 enfermos durante dos años, ha permitido determinar la relación existente entre dos enzimas (Catepsina B y VEGF) y la mayor agresividad del cáncer colorrectal.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Resumen Tesis Doctorales

Angiogénesis y Cáncer Colorrectal

Dr. Teófilo Cubo Cintas

Valor Plasmático e Histológico de Catepsina B en Cáncer Colorrectal y Patología Abdominal Inflamatoria. Sensibilidad y Especificidad de Catepsina B, CEA y CA19,9

Dr. David Padilla Valverde

Hasta un 30% de enfermos intervenidos quirúrgicamente con carácter curativo, sin diagnóstico preoperatorio de metástasis a nivel regional o de distancia, fallecen por la presencia de micrometástasis. Por lo tanto, deberíamos hacer una reflexión ante nuestra actitud en estas neoplasias de gran agresividad y mal pronóstico, incluso en estadios precoces, ya que habitualmente no son incluidas en protocolos de tratamiento adyuvante.

En estos estudios se define el valor de la angiogénesis, neoformación de vasos, determinado por el valor plasmático de VEGF (Factor de crecimiento del Endotelio Vascular), e histológico de MVD, (Densidad de Microvasos) y el valor de la Catepsina B, enzima lisosómica con cisteína en su centro activo, como marcadores tumorales en el cáncer colorrectal.

Debido a la expresión de máxima actividad de estas sustancias en estadios precoces del proceso metastásico del cáncer colorrectal, nos permitirán el reconocimiento de aquellas neoplasias de mal pronóstico y tomar una actitud terapéutica más agresiva, así como la introducción de nuevas técnicas terapéuticas, inmunológicas y/o genéticas.

La determinación de valores plasmáticos preoperatorios elevados de VEGF y Catepsina B, nos permitirá su utilización como marcadores de pronóstico, ya que ambos se relacionan con una menor supervivencia del enfermo con cáncer colorrectal. Además, la determinación de valores plasmáticos postoperatorios elevados de VEGF, puede ser utilizado como monitor de recidiva neoplásica tras tratamiento quirúrgico en enfermos de cáncer colorrectal.

Es una pequeña gota en el estudio para conocer los mecanismos del cáncer, pero una importante aportación, que ha sido posible gracias al acuerdo entre el Colegio de Médicos de Ciudad Real y las Universidades de Castilla La Mancha y Córdoba que posibilitó la realización de los cursos de doctorado en la provincia de Ciudad Real. Una beca permitirá al doctor **David Padilla** ampliar el campo de investigación y pasar de los 55 enfermos inicialmente estudiados en dos años a los 300 en el horizonte de un lustro, lo que puede consolidar la estadística elaborada en la tesis.

El **Dr. Cubo Cintas** llegó a Ciudad Real procedente de Madrid, después de hacer la residencia en Málaga en el año 79. Hace siete años que el **Dr. Padilla Valverde** trabaja en el Servicio de Cirugía del Hospital de Alarcos, como cirujano adjunto. Ambos leyeron sus respectivas tesis doctorales el pasado 8 de mayo en el Salón de Grados de la Facultad de Medicina de Córdoba, obteniendo la calificación de Cum Lauden. El Tribunal estuvo constituido por los profesores **Dr. Pedro Sánchez Guijo**, **Dr. Sebastián Rufián Peña**, **Dr. José A. Bondía Navarro**, **Dr. Antonio Gordon del Río**. Las tesis han sido dirigidas por el Catedrático de Patología de la Facultad de Medicina de Córdoba, **Dr. Eugenio Arévalo**, y co-dirigidas por el **Dr. José Hernández Calvo**, Jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital Nuestra Señora de Alarcos.

El por qué de la tesis obedece, según los doctores a que "nos dimos cuenta que había en-

fermos que una vez quitado el tumor en estadios precoces, a los cinco años fallecían. Queríamos saber por qué esas neoplasias son más agresivas aunque estén en una situación temprana de avance tumoral. El proceso metastásico se desarrolla en una serie de etapas y queríamos ver las enzimas que actuaban en la primera, para ver si actuando sobre esa enzima y dándole un tratamiento, podíamos conocer cómo funciona ese cáncer que va a ser muy agresivo».

«Tanto la Catepsina, como el VEGF, (que son formas de medir los vasos neoformados del cáncer colorrectal), se desarrollan en etapas precoces y quisimos estudiarlo. Para ello marcamos a todos los enfermos desde el año 98 con dos años de seguimiento. A los pacientes que interveníamos de cáncer colorrectal les mediamos el plasma en el preoperatorio, tanto la Catepsina B como el VEGF, para ver si una vez quitada la pieza, se correspondía con una menor supervivencia del enfermo y con la aparición de recidiva de la enfermedad».

Aplicación

Las investigaciones doctorales han permitido determinar que existe relación entre las dos enzimas medidas con la menor supervivencia del enfermo. En presencia de un cáncer colorrectal «si medimos las dos enzimas (Catepsina y VEGF) antes de la operación, sin son superiores a unos valores que nosotros hemos extraído a lo largo de estos dos años de investigación, vamos a tener una supervivencia menor que un enfermo que tiene esos mismos valores por debajo. Creemos, entonces, que lo que hay que hacer es ser más agresivos y dar tratamiento y quimioterapia pre y postoperatoria. Es decir, darnos cuenta de que el comportamiento de ese tumor va a ser distinto al resto de tumores».

Las investigaciones de los Drs. Cubo y Padilla, en resumen, servirán para conocer neoplasias que tienen más agresividad y por lo tanto van a presentar un pronóstico muy malo para el enfermo. «Sobre todo porque ese tipo de carcinomas en estadios precoces no se mandan a oncología para que reciban quimioterapia cuando a lo mejor sí que merecía la pena hacerlo».

«Por otra parte, si nosotros medimos el VEGF después de haber intervenido al enfermo, y de los estudios plasmáticos en nuestras revisiones habituales en la consulta obtenemos valores por encima de los que hemos estudiado, ello será muy significativo de una futura recidiva de la enfermedad. Merece la pena en ese momento hacerle

una prueba de extensión como un escáner o un PET, para confirmar la existencia de esa recidiva y operarlo de nuevo. Al fin y al cabo son marcadores tumorales de cáncer colorrectal tanto para diagnóstico como para pronóstico».

Comenta el doctor Teófilo Cubo que de lo que se trata con ambos trabajos es de «conocer un poquito más sobre los mecanismos del cáncer. Lo que hemos hecho ha sido profundizar en ese tema en el que todavía queda mucho por investi-

gar. A medida que sepamos, podremos mejorar los tratamientos. Ahora hay enfermos para quienes en una determinada etapa del cáncer, lo único que puede hacerse es cirugía, en cambio en otros se da quimio o radioterapia. Estamos convencidos de que en esos cánceres en que no se da quimioterapia, si nosotros supiéramos si van a volver a salir o van a dar metástasis, a esos enfermos se les podría ofertar el darles tratamiento coadyuvante para que no les vuelva a aparecer».

Cursos de Doctorado

Previsiblemente en el mes de octubre dará comienzo una nueva edición del Programa de Doctorado en Ciudad Real. El Dr. Padilla piensa que «es todo un acierto que el Colegio de Médicos de Ciudad Real se haya movido para coordinar los Cursos de doctorado con una Facultad de Medicina cercana a esta provincia. Cuando comencé el Curso de Doctorado me tenía que desplazar a la Universidad Autónoma de Madrid, donde estudié, y no sólo era una cuestión económica, sino un problema de tiempo. Cuando conocí los Cursos en Ciudad Real me cambié al momento y más porque los médicos de la Facultad de Córdoba tienen mucho prestigio. Es decir que, en cuestión de ciencia y docencia muy bien, y en cuestión de comodidad, mejor».

El Dr. Teófilo Cubo Cintas comenta que iniciar la tesis «fue iniciativa del Jefe del Servicio el Dr. Hernández que nos sugirió la posibilidad de hacer la tesis, aprovechando que el Dr. Crespo consiguió los Cursos de Doctorado para poderlos realizar aquí, en Ciudad Real. Elegí ese tema porque era absolutamente original y de actualidad».

Sobre el desarrollo de la tesis, el Dr. Padilla opina que quizás han sido más los problemas burocráticos para leerla, que la elaboración del estudio en sí. «El estudio se cerró -comenta- en dos años sin embargo hemos estado más de un año en espera de poder leerlo porque teníamos que reunir a cinco catedráticos de fuera para que actuaran como nuestro tribunal».

El C. H. de Ciudad Real destaca por sus labores de investigación. Hay muchos profesionales, entre ellos el Dr. Padilla, que han conseguido becas oficiales del Estado a las que no es fácil acceder. En el caso del Cáncer colorrectal, la investigación no ha hecho más que empezar. Los Drs. Cubo y Padilla seguirán ahondando en el tema, apoyados por muchos compañeros que aun no han comenzado la tesis y que están interesados en la misma línea de trabajo. **M**



Los Drs. Teófilo Cubo Cintas y David Padilla Valverde leyeron sus tesis doctorales el pasado 8 de mayo en Córdoba



Residencial

- Junto a la Universidad,
- Urbanización cerrada con piscina
- Pista de Padel
y amplios jardines
- Plazas de garaje y trasteros
- Cocina amueblada
- Antena parabólica

**SEGUIMOS
DANDO CALIDAD**

Con la garantía y solvencia
de la 1ª Inmobiliaria de España



Pisos de 2, 3

- Solados en parquet
- Calefacción y agua
- Grifería monomando
- Caldera mixta estar
- Puerta de acceso bl
- Armarios empotrados
- Persianas enrollabl

Atalaya



y 4 dormitorios

caliente por gas

)

ca

ndada

OS en todos los dormitorios REVESTIDOS

es de PVC

INFORMACIÓN Y VENTA:

En caseta de obra.

Telf. 926 23 12 43





Manuel Carbajo cumple 25 años al frente de su Servicio

Manuel Carbajo tomó posesión como Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nuestra Señora de Alarcos de Ciudad Real el 1 de junio de 1977.

Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real

Se encontró con un departamento obsoleto en cuanto a equipamiento y material se refiere. Las técnicas tampoco estaban actualizadas. No paró hasta conseguir una nueva concepción del Servicio. Se firmó un acuerdo con el entonces presidente del Instituto Nacional de Previsión, quien se comprometió a crear un nuevo Servicio bajo la dirección del Dr. Carbajo. En un mes disponían de un nuevo laboratorio. La primera técnica que se montó fue la de criotomía, que servía para realizar diagnósticos en el quirófano. «A partir de entonces empezamos a trabajar con nuevas técnicas histoquímicas, hasta hacer de este laboratorio un laboratorio digno, por lo menos al nivel que este hospital se estaba

manejando». Al margen de la asistencia, la pretensión de este equipo de profesionales era potenciar la investigación y la docencia. El Dr. Carbajo fue nombrado presidente del Comité Científico del Cáncer y ahí empezó la labor de investigación «sobre todo en el tema de diagnóstico precoz del cáncer. La citología entonces aun no estaba muy avanzada y nos propusimos ponernos al día». Más tarde se creó la Comisión de Docencia del Hospital, teniendo como Presidente y Jefe de Estudios al propio Dr. Carbajo, responsabilizándose de este área por su amplia labor de docencia en la Universidad de Santiago. «Era una vocación. No tardaron en llegar los primeros médicos residentes a nuestro hospital para realizar las espe-

cialidades. Los primeros MIR fueron Médicos de Familia, y después aparecieron MIR de Laboratorio, de Análisis Clínicos, de Traumatología, de Nefrología y un largo etcétera».

Paralelamente la Universidad de Castilla La Mancha, con **Isidro Ramos**, como presidente de la Sociedad Gestora propuso al Dr. Carbajo como Asesor Sanitario del Rectorado de la Universidad. «Comenzamos una labor al mismo tiempo a nivel de Enfermería, creando y asesorando al Rectorado en la creación de todas las Escuelas de Enfermería de Castilla La Mancha. A su vez la Consejería de Educación y Cultura Regional me invitó a participar en algo importante para la Universidad que era la creación de la Facultad de Medicina

de Castilla La Mancha». Dentro de las labores de formación se empezaron a realizar Cursos de Actualización de Anatomía Patológica en Ciudad Real. Desde el año 1978, cada cuatro años, se desarrollan unas reuniones conjuntas de la Asociación Madrileña y Castellano Manchega de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, siempre en la bella localidad de Almagro (Ciudad Real). La última, (ver número 1 de MEDICOS DE CIUDAD REAL) se unió a un Curso Internacional de Dermatopatología, contando con la presencia de profesionales de reconocido prestigio a nivel internacional.

Progresando

El Servicio poco a poco fue ganando en aparataje y en personal. Al principio era difícil conseguir que profesionales especializados en Anatomía Patológica se desplazaran a trabajar a Ciudad Real. «De entrada sólo éramos dos Patólogos, dos Técnicos y un Auxiliar. Una vez que el hospital se calificó con Docencia, creció la bolsa de trabajo y llegaron nuevas y mejores comunicaciones como el AVE, el número de especialistas aumentó hasta llegar a siete Patólogos, seis Técnicos, dos Auxiliares, dos Secretarías y un Celador». En Ciudad Real se hacía toda la patología de la provincia. Era necesario redistribuir el trabajo en los distintos hospitales provinciales. De esta manera se crearon en Alcázar, Puertollano y Valdepeñas unidades de Patología, con cuatro, dos y un patólogos respectivamente a los que se suman los seis de la capital de provincia. El Complejo Hospitalario de Ciudad Real, sigue siendo, no obstante, el Servicio de Referencia Provincial.

En definitiva, el Servicio de Anatomía Patológica siempre ha intentado adecuarse a los tiem-

pos. El Dr. Manuel Carbajo ha participado en las comunicaciones científicas que realizan los distintos servicios del Hospital. Ha realizado trabajos de Investigación a través de becas. Ha suscrito un convenio con la Universidad de Santiago de Compostela con la que se ha realizado investigación experimental sobre Vitreorretinopatía Proliferante. Otra vertiente fundamental del nuevo Servicio es la informática donde, según el Dr. Carbajo, destaca **Marcial García Rojo** «que es, sin duda, una de las figuras nacionales en el tema de informática médica. Ambos hemos colaborado en la realización de un programa informático que ha utilizado el INSALUD. El Servicio, gracias a

este programa, está informatizado. Hemos conseguido además una cultura informática. Todas las personas de nuestro equipo saben manejar este programa»

El Dr. Carbajo, junto con el Dr. García Rojo, por otra parte, forma parte del Comité Editorial de la Revista Nacional de Patología. Ha colaborado en la confección de varias tesis y tesinas doctorales a lo largo de estos 25 años. El buen funcionamiento del Servicio, afirma el Dr. Carbajo, «se debe a la calidad profesional y humana de todos los miembros del equipo. El trabajo está organizado en cadena y cada uno de los componentes realiza su labor con diligencia». **M**

Currículum



Manuel R. Carbajo Vicente. Licenciado en Medicina y Cirugía. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Anatomía Patológica. Ha ejercido su labor docente en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, en la Escuela Universitaria de Enfermería de Ciudad Real y en la Facultad de Medicina de Córdoba.

En Investigación, ha sido becario del Ministerio de Educación y Ciencia para Formación de Personal Investigador, becario de la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha, y becario del FISS. Ha participado y colaborado en Tesinas y Tesis doctorales.

Actualmente es Jefe de Servicio de AP del Complejo Hospitalario de Ciudad Real, y con anterioridad ejerció el mismo cargo en el Hospital Clínico de Santiago y en el Hospital Conxo (Santiago). Institucionalmente, es presidente Territorial de la Sociedad Española de Anatomía Patológica desde 1993. Ha sido vocal de la Comisión de Docencia e Investigación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, así como Asesor Sanitario del Rectorado de la UCLM, Presidente del Comité Técnico de la Asociación Española contra el Cáncer, Presidente de la Comisión de Docencia del Complejo Hospitalario de Ciudad Real, y Jefe de Estudios del CHCR.

Ha participado en innumerables Congresos nacionales e internacionales (Los Angeles, México, Chile, Perú, etc.) a través de Ponencias Escritas y Mesas Redondas. Ha organizado Reuniones Científicas y Cursos (Reuniones Conjuntas de la Sociedad Castellano Manchega y Madrileña en Almagro, Curso de Neoplasias en los niños, Curso Internacional de Dermatopatología). Ha publicado en los últimos 30 años un centenar de trabajos científicos en revistas nacionales y extranjeras. Es autor de capítulos en cinco libros de la especialidad. **M**



NOMADAS

COMPañIA DE VIAJES

**Le informamos que por pertenecer a este
ilustre Colegio, obtendrá un descuento especial
de un 5% en todos nuestros productos.
Venga a conocernos, no se arrepentirá.**

**Conozca un nuevo concepto de viajar,
nosotros ponemos el mundo a sus pies.**

VIAJES NÓMADAS - Calle Palma, 1 - Teléfono 926 27 10 20 - Fax
926 23 17 59
www.nomadasviajes.com - info2@nomadasviajes.com - 13001 CIUDAD REAL



Casos difíciles: Problemas psíquicos y conductas adictivas en el médico

Programa de Atención al Médico Enfermo

Alberto López Valle, vocal de Ejercicio Libre

La Medicina es un problema de tiempo y de espacio. Cuando se interviene en el momento apropiado y donde las condiciones terapéuticas son idóneas los buenos resultados se imponen. Me parece que esta norma general, en pocos casos es tan difícil de llevar a la práctica como cuando el enfermo es un médico, y a enfermedad tiene que ver con la conducta. Entonces la teoría pocas veces coincide con lo que podemos hacer. Minimizamos, exageramos o negamos el problema. El Vademécum se queda pequeño: ¿tratamiento ambulatorio, ingreso...? ¿Dónde?

El paciente médico es mal enfermo porque le cuesta aceptar la autoridad de otro médico, sobre todo si es conocido. «Sabe demasiado», diría el clínico. En definitiva, no creo que haga falta insistir en la dificultad real, y a menudo dramática, del problema.

Pues bien, recientemente el Colegio de Médicos de Barcelona ofrece un Servicio de tratamiento integral a médicos con problemas de tipo psicológico o adictivo. Se trata de un programa específico que garantiza la confidencialidad incluso de la identidad. La filosofía de este Programa de Atención Integral a Médicos Enfermos (P.A.I.M.E), se basa en el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial (Madrid, 1999), cuyo resumen sería: «El bien del paciente es prioritario y el médico que trata debe estar en perfectas condiciones. Si no es así, debe apartarse o ser apartado del ejercicio, con conocimiento del Colegio de Médicos...».

Los servicios del PAIME son integrales y comprenden:

- Asistencia sanitaria. Incluye Unidad de Internamiento.
- Atención Social.
- Soporte Legal.
- Asesoramiento laboral.



El acceso es con nombre supuesto, diferente al verdadero. Las tarifas parecen razonables. Más información en el Colegio de Médicos de Ciudad Real o en el teléfono directo 935 678 856 **M**

Convenio

El próximo 23 de mayo se reunirán en el Colegio de Médicos de Ciudad Real Antonio Artemán, gerente del P.A.I.M.E, Alfons Malet i Casajuana, vicepresidente del Colegio de Médicos de Barcelona, Jaume Padrós i Selma, secretario del COMA y Pascual Crespo, presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, para firmar el convenio de adhesión al Programa de Atención al Médico Enfermo. El presidente del COM de Ciudad Real pretende hacerlo extensivo al resto de provincias de Castilla La Mancha.

Memoria para el Proceso de Consolidación de Empleo

A pesar del retraso con el que se está desarrollando el proceso de consolidación de empleo, motivado entre otras cosas por el hecho de querer realizar las pruebas simultáneamente en varias comunidades autónomas, existen rumores provenientes del propio Insalud de que algún ejercicio se pudiera celebrar en junio y el resto a partir de octubre. Ante la proximidad de las vacaciones estivales se va a celebrar la segunda jornada del curso para la elaboración de la memoria. Las fechas son las siguientes. Entre paréntesis figuran las fechas de la primera fase a que corresponden.

Alcázar de San Juan

Atención Primaria: 22 de mayo del 2002 a las 16.45 h. (2º parte del 13 de marzo de 2002)

Atención Especializada: 23 de mayo del 2002 a las 16.45 h. (2º parte del 11 de marzo de 2002)

Los cursos se impartirán en el Salón de actos del Hospital Mancha Centro.

Ciudad Real

Atención Primaria: 4 de junio de 2002 a las 17.00 h. (2º parte del 7 de marzo de 2002)

Atención Primaria: 12 de junio de 2002 a las 17.00 h. (2º parte del 2 de abril de 2002)

Atención Especializada: 11 de junio de 2002 a las 17.00 h. (2º parte del 4 de marzo de 2002)

Atención Especializada: 13 de junio de 2002 a las 17.00 h. (2º parte de los grupos de los días 20 y 21 de marzo de 2002)

Los cursos se impartirán en el Salón de Actos del Colegio de Médicos de Ciudad Real.

Como ya se comentó en la primera jornada, es aconsejable que en este tiempo se hubiera hecho la memoria que será corregida por los profesores del curso, con objeto de que estos puedan tener tiempo para revisarlas. Los plazos para entregarla son: **Alcázar de San Juan, 15 de mayo. Ciudad Real, 21 de mayo.** **M**

Jesús Fernández Sanz, nuevo gerente del Complejo Hospitalario de Ciudad Real

El pasado 5 de abril fue nombrado el nuevo gerente del Complejo Hospitalario de Ciudad Real, **Jesús Fernández Sanz**, en sustitución de Francisco Javier Godoy del Olmo. El cambio se ha enmarcado dentro de la línea de renovación de altos cargos de gestión iniciada a raíz de la asunción de competencias por la Junta de Comunidades y la entrada en funcionamiento del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Jesús Fernández Sanz es natural de Pedro Muñoz. Es licenciado en Medicina y ocupó la gerencia del hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas. Posteriormente fue jefe del servicio de Admisión de Enfermos del Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Hasta su nombramiento el doctor Fernández Sanz trabajaba al frente de Admisión del hospital madrileño del 12 de octubre.



Jesús Fernández, en su toma de posesión, remarcó su voluntad de diálogo para hacer del Complejo Hospitalario uno de los centros punteros en el conjunto del Estado español.

En su toma de posesión remarcó su voluntad de diálogo para hacer del Complejo Hospitalario uno de los centros punteros en el conjunto del Estado español y se marcó el nombramiento como

un reto dentro de su carrera en un momento trascendental de cambio, con el paso de la Sanidad a manos del gobierno regional así como la puesta en marcha del nuevo hospital de Ciudad Real. **M**

El Colegio de Médico inaugurará una nueva delegación en Alcázar de San Juan

Tal y como se ha anunciado en anteriores números de la revista, en los próximos meses, el Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real inaugurará una nueva delegación en Alcázar de San Juan, fruto de los acuerdos con la Agrupación Mutual Aseguradora, AMA, la Mutua de los Profesionales Sanitarios.

Haciendo gala de las buenas relaciones que siempre han predominado entre las dos institu-

ciones, ambas entidades compartirán sede en dicha localidad manchega, aunando sus esfuerzos para lograr más y mejores servicios al colegiado médico.

Para el Colegio de Médicos de Ciudad Real esta delegación constituye la culminación de uno de sus principales retos: acercar los servicios del Colegio a todos los colegiados de esta extensa provincia. **M**

Concurso de páginas web

Los interesados en participar en el I Concurso de Diseño de Página Web, organizado por el Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real tienen de plazo hasta el próximo 31 de mayo para presentar sus trabajos. Recordamos que el objetivo final de la convocatoria es crear la página principal de la web del Colegio. Se trataría de elaborar una sola página de entrada que sirva de modelo para crear el resto de páginas. (Ver resto de bases del concurso en número 9 de MEDICOS DE CIUDAD REAL). Pueden inscribirse por e mail (marcial@cim.es / ciu.fadmgf@omcf.org) o directamente en la sede colegial. **M**



Neurofisiología línica

EEG, EMG, PE, PSG
Adulto e infantil

Benedicta Catalán Bernardos

C/ Mata, 1º 6ºA Tel.: 926 27 10 73
(Consultas por la tarde)





Juan Caballero reelegido presidente de la SEGO

Juan Caballero, ginecólogo, fue reelegido por unanimidad presidente de la Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Las elecciones se desarrollaron en el Colegio de Médicos de Ciudad Real el pasado 15 de marzo, tras la sesión científica organizada por la Sociedad en esta ocasión en Ciudad Real. Caballero, ex Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario de Ciudad Real presidirá durante los próximos cuatro años la organización médica, junto con representantes de toda la Región.

En la reunión estuvieron presentes, además de una treintena de profesionales de la especialidad, **Luis Cavero**, presidente del

Comité Científico de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) e **Ignacio Alvarez**, ginecólogo y catedrático de Albacete. Los ponentes allí reunidos presentaron el Plan Integral de Atención a la Mujer. Pidieron, además, un mayor entendimiento entre la Administración Sanitaria y los especialistas que desarrollan los protocolos para la atención médica de la mujer. A pesar de esta circunstancia, en la reunión se señaló que el nivel de atención ginecológica en España es muy alto y está por encima de la media europea. Según informó el Dr. Cavero, «tenemos las cifras más bajas en mortalidad materna y perinatal. Además, España ocupa el tercer puesto de los países con menos denuncias en ginecología». **M**

Futuro convenio de colaboración entre la OMC y la Asociación Médica Americana

La Organización Médica Colegial Española y la Asociación Médica Americana tienen previsto firmar un Convenio de Colaboración Institucional cuyo objetivo fundamental es el desarrollo de políticas conjuntas en materia de Desarrollo Profesional Continuo conocido en nuestro país como Formación Médica Continuada.

A fin de planificar y organizar los puntos esenciales del convenio, así como las características del mismo, se reunieron en la sede de la OMC el presidente de la institución, **Guillermo Sierra** y el responsable del Departamento de Desarrollo Profesional Continuo de la Asociación Médica Americana, **Dennis Wenzl**. Tanto Guillermo Sierra

como Dennis Wenzl han acordado que los objetivos que deben guiar este Convenio de Colaboración entre la OMC y la AMA respecto a la Formación Médica Continuada de los médicos españoles, deben ser genéricos, centrándose la colaboración conjunta en los temas de Asesoramiento Científico Técnico, el intercambio de experiencias mutuas, la organización de reuniones conjuntas de trabajo y la promoción y colaboración internacional en formación. Se ha aprobado también la creación de un Comité de Seguimiento del Convenio que estará integrado por un representante de la AMA, en este caso el doctor Wenzl, y un representante de la OMC. **M**

El Colegio de Médicos retoma los Cursos de Doctorado

Se está a punto de firmar la renovación del Convenio tripartito entre el Colegio de Médicos de Ciudad Real, la Universidad de Castilla La Mancha y la Universidad de Córdoba para volver a poner en marcha los cursos de doctorado en la provincia. Las clases se empezarán a impartir, previsiblemente, a partir del mes de octubre. Se están ulitmando los trámites, el temario y las fechas, pero según el presidente del Colegio de Médicos de Ciudad Real, las negociaciones van a buen paso.

Desde el Colegio de Médicos se envió una circular a todos los colegiados de la provincia a fin de hacer un sondeo sobre el interés que tendría para ellos la realización de estos cursos en Ciudad Real. La respuesta ha sido más que positiva, de tal forma que existen un gran número de preinscritos para los cursos que darán comienzo en breve.

Se aprueba la Ley de Oferta Pública de Empleo

Las Secciones de Médicos de Formación y Medicina Rural del Consejo General de Médicos de España se reunieron en Madrid para tratar varios temas de actualidad sanitaria y adoptar diferentes soluciones. Los representantes del Colegio de Médicos ciudadrealeño fueron Juan Francisco Ayala Muñoz y Julián Deblas Castellanos respectivamente. Se analizó el borrador del **Estatuto Marco Básico** del Ministerio de Sanidad y Consumo, donde recogen las normas que regularán el funcionamiento del personal sanitario, dentro de los servicios de salud de las distintas comunidades autónomas. Se adoptó rechazar el borrador porque no responde a las esperanzas que se habían depositado. Se acordó que «se debería redactar un Estatuto Marco específico para el personal facultativo. En la misma reunión donde debatía el Estatuto Marco, se aceptó la **Ley de Oferta Pública de Empleo** como punto de arranque de una serie de reivindicaciones. La ley es defectuosa y haya que seguir luchando por mejorarla. Con respecto a la **Competencia Farmacéutica**, se protestó contra el intrusismo de este colectivo. **M**

Radiofrecuencia para el tratamiento del ronquido simple y la congestión nasal

Dr. Luis Ayala Martínez. Especialista en Otorrinolaringología. CLÍNICA OTOSALUD

¿Que es la radiofrecuencia?

Son ondas de radio entre 3 KHz y 300 Ghz que al absorberse por los tejidos producen un efecto calórico, sobre todo los de alto contenido en agua.

Se utiliza un electrodo bipolar para difundir la radiofrecuencia a los tejidos a tratar. Calienta el tejido solo en un pequeño elipsoide alrededor del electrodo produciendo durante la fase de cicatrización una reducción progresiva y controlada del volumen tisular.

Usos actuales de la Radiofrecuencia (RF)

Cardiología: extirpación de conductos anómalos.

Urología: resección hiperplasias benignas de próstata.

Neurocirugía: Lobulotomías.

Oncología: Extirpación de nódulos en hígado y próstata.

O.R.L.: Disminución de volumen en cornetes y paladar (cirugía ambulatoria sin anestesia general).

La Radiofrecuencia en O.R.L

La principal aplicación es el tratamiento del **ronquido simple y la congestión nasal**.

Según la *American Association of Sleep Disorders* se entiende por ronquido simple la respiración grave de la vía aérea superior, sin apneas ni hipoventilación, causada por la vibración de los tejidos faríngeos. Es un sonido ronco de una frecuencia de 400-2000 Hz y una intensidad superior a 60 dB. Por lo tanto es importante para

su indicación un estudio completo del paciente para diferenciar ante que tipo de roncopatía nos encontramos y cual es la causa anatómica, para lo cual será necesario una anamnesis específica, estudio endoscópico de vías aéreas superiores (Maniobra de Muller), y si fuera necesario un estudio polisomnográfico ambulatorio u hospitalario. La indicación principal será en el **ronquido simple** por hipertrofia del paladar blando. En los sd de apneas leves-moderados, se empieza a recomendar como tratamiento alternativo al CPAP y a la cirugía convencional (Galindo, Gavilan; Ponencia Hospital Ruber Internacional. Madrid, 12-12-01).

En cuanto a su aplicación para la congestión nasal, también requiere un preciso diagnóstico mediante anamnesis y visión endoscópica de vías aéreas superiores. La indicación principal es la **hipertrofia de cornetes inferiores**.

¿Cómo se utiliza?

La **cirugía del ronquido** se realiza mediante anestesia local. Utilizando el electrodo bipolar específico hacemos varias tunelizaciones en el paladar blando. El número varía según la cantidad de tejido a reducir. En algunas ocasiones realizamos uvulectomía simple. No precisa ingreso ni baja laboral. Dado la poca agresividad de esta técnica, a diferencia con el laser o la cirugía convencional, el postoperatorio es muy bien tolerado, dado que el dolor es mínimo. Las complicaciones,

son raras. La más frecuente son las parestesias.

La disminución del ronquido se experimenta durante la fase de cicatrización.

La **cirugía nasal no precisa taponamiento** ya que el riesgo de sangrado es mínimo.

Las tunelizaciones se realizan en el cornete inferior en toda su extensión. En el postoperatorio es muy raro el dolor aunque siempre sobreviene una fase de congestión. La formación de costras y riesgo de necrosis tisular es muy bajo. No precisa ingreso ni baja laboral. La descongestión se produce durante la fase de cicatrización.

La técnica siempre la recomendamos en dos sesiones, aunque en la mayoría de los casos con una es suficiente.

Los resultados

Los resultados publicados en la literatura sitúan el éxito quirúrgico en el 85% de los pacientes (una o dos sesiones). *Contabilizamos como resultado satisfactorio la desaparición del ronquido, disminución del 50% en su intensidad (escala analógica) o satisfacción de su entorno social.* 

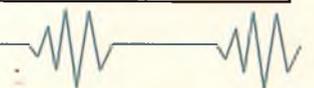


UNIDAD DEL RONQUIDO Y APNEAS DEL SUEÑO

Diagnóstico y Tratamiento

CLÍNICA NARIZ GARGANTA OÍDO

C/ Alarcos 19, bajo CIUDAD REAL Tlf. 926 21 72 28



Abierto el plazo para presentar la Declaración de la Renta de las Personas Físicas y de Patrimonio

I.R.P.F. 2001

Entre las innumerables modificaciones de la nueva Ley de IPRF, resalta como novedad la posibilidad de compensación entre las liquidaciones del impuesto entre ambos cónyuges.

Félix Aponte Oliver. Abogado. Asesor Fiscal



Así pues, el contribuyente casado y no separado legalmente que esté obligado a presentar declaración por este Impuesto y cuya autoliquidación resulte a ingresar podrá, al tiempo de presentar su declaración,

solicitar la suspensión del ingreso de la deuda tributaria, sin intereses de demora, en una cuantía igual o inferior a la devolución a la que tenga derecho su cónyuge por este mismo impuesto.

Para ello se debe cumplimentar el **ANEXO C. Los requisitos** para obtener la suspensión provisional serán los siguientes:

a) El cónyuge cuya autoliquidación resulte a devolver deberá renunciar al cobro de la devolución hasta el importe de la deuda cuya suspensión haya sido solicitada. Asimismo, deberá aceptar que la cantidad a la que renuncia se aplica al pago de dicha deuda.

b) La deuda cuya suspensión se solicita y la devolución pretendida deberán corresponder al mismo período impositivo.

c) Ambas autoliquidaciones deberán presentarse de forma simultánea.

d) Los cónyuges no podrán estar acogidos al sistema de cuenta corriente tributaria regulado en el Real Decreto 1108/1999, de 25 de junio.

e) Los cónyuges deberán estar al corriente en el pago de sus obligaciones tributarias en los términos previstos en la Orden de 28 de Abril de 1986, sobre justificación del cumplimiento de las obligaciones tributarias.

La Administración notificará a ambos cónyuges dentro del plazo previsto, el acuerdo adoptado con expresión, en su caso, de la deuda extinguida y de las devoluciones o ingresos adicionales que procedan.

Cuando no proceda la suspensión por no reunirse los requisitos anteriormente señalados, la Administración practicará liquidación provisional al contribuyente que solicitó la suspensión por importe de la deuda objeto de la solicitud junto con el interés de demora calculado desde la fecha de vencimiento del plazo establecido para presentar la autoliquidación hasta la fecha de la liquidación.

Los efectos del reconocimiento del derecho a la devolución respecto a la deuda cuya suspensión se hubiera solicitado son los siguientes:

a) Si la devolución reconocida fuese igual a la deuda, ésta quedará extinguida, al igual que el derecho a la devolución.

b) Si la devolución reconocida fuese superior a la deuda, ésta se declarará extinguida y la Administración procederá a devolver la diferencia entre ambos importes.

c) Si la devolución reconocida fuese inferior a la deuda, ésta se declarará extinguida en la parte concurrente, practicando la Administración tributaria liquidación provisional al contribuyente que solicitó la suspensión por importe de la diferencia, exigiéndole igualmente el interés de demora calculado desde la fecha de vencimiento del plazo establecido para presentar la autoliquidación hasta la fecha de la liquidación.

Se considerará que no existe transmisión lucrativa entre los cónyuges a efectos fiscales por la renuncia a la devolución de uno de ellos para su aplicación al pago de la deuda del otro. **M**

Médicos Odontólogos

Luis Sánchez-Morate.

Desde que estamos en Europa el tema del Médico y del Odontólogo tienen una constante actualidad, porque los países integrados en Europa han venido teniendo distintos criterios sobre la materia y distintas legislaciones.

En España este tema ha sufrido variaciones, hasta el punto de que antes se hablaba de Médicos y Dentistas y ahora se habla de Médicos y Odontólogos. Todo esto trae un serio problema, cual es el acceso al ejercicio de la Odontología, es decir, cuál es la vía o vías que se pueden utilizar para llegar a ese ejercicio profesional de la Odontología. Con ello surge a su vez la duda de si el médico está en condiciones de ejercer esa actividad profesional, aun dentro de una especialidad, o si no lo está.

Esta cuestión se viene resolviendo separando al médico y al odontólogo. Para conseguir un título u otro se estudian carreras distintas. Pero la situación no termina de asentarse y surgen criterios dispares. Alguno de los países integrados en Europa tienen más de una vía para poder llegar al ejercicio de la Odontología como es el caso de Italia en donde mantiene una segunda vía de acceso. Una reciente sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas señala que Italia ha cumplido sus obligaciones como país integrado en Europa cuando ha adaptado la directiva de la Unión Europea. Para dar solución a situaciones anteriores ha creado esa segunda vía del médico que quiere especializarse en Odontología tras tres años de formación. La legislación italiana permite el acceso a la profesión de Estomatólogo mediante una formación compuesta por seis años de formación básica de médicos y tres años de especialización en odontología.

Ese Tribunal Europeo no ve inconveniente alguno en la doble inscripción en el colegio de Médicos y de Odontólogos, la Directiva Europea no lo impide mientras se acrediten las titulaciones necesarias para el ejercicio de cada profesión. En España, por lo tanto, se puede estar dado de alta en el Colegio de Médicos y en el Colegio de Odontólogos. **M**

Consultas e impresos en el Colegio Oficial de Médicos.
 MEDICOS CIUDAD REAL.- Sección Actualidad Fiscal.-
 Apartado de Correos 174.- 13080 CIUDAD REAL

Prisión e inhabilitación

En materia de responsabilidad penal médica siempre se tiene en cuenta una responsabilidad de medios que el médico tiene que saber aplicar, y no de resultados.

Luis Sánchez-Morate.

Asesor Jurídico del Colegio de Médicos de Ciudad Real

Quiero empezar diciendo que, aunque las palabras que encabezan estas líneas son preocupantes, sólo las resalto para que se pueda ver la necesidad de no incurrir en desatención de cualquier médico a un paciente.

Me estoy refiriendo a un supuesto en el que se produjo una desatención de dos médicos, ginecólogo y anestesista, en cuanto al seguimiento de un parto con cesárea y resultado de muerte de la madre.

Resultó probado la pérdida de sangre y la bajada de la tensión arterial de la paciente después de la cesárea. La muerte de la madre tuvo lugar después de la cesárea por una parada cardiorespiratoria provocada a su vez por un asistolia.

Los Médicos forenses que hicieron la autopsia apreciaron la intensa anemia que presentaba el cadáver como consecuencia de una fuerte pérdida de sangre que forzosamente hubo de ser extravasada al exterior puesto que en ninguna cavidad del organismo se localizó sangre, salvo un pequeño infiltrado de unos 200 c.c. en el llamado saco de Douglas de la cavidad uterina, teniendo en cuenta a su vez que los forenses vieron el cadáver en su integridad 24 horas después de su fallecimiento y comprobaron que el mismo presentaba una llamativa y notable falta de sangre.

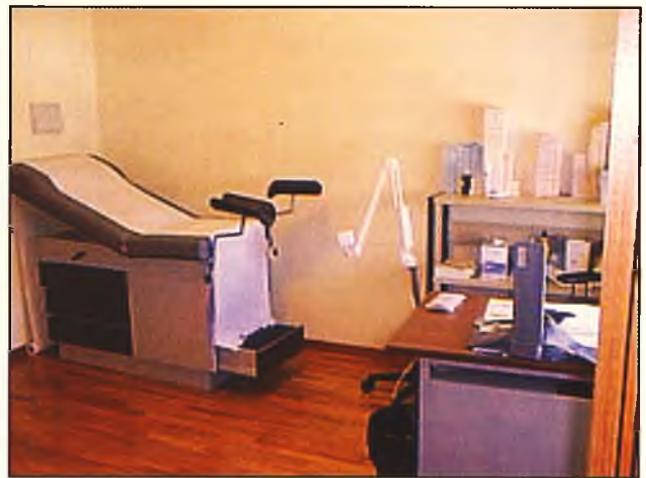
Los médicos afectados sólo alegaron ante esta pérdida de la sangre que era normal en una cesárea pero no pudieron hacer otro tipo de pruebas a favor de esta tesis, tanto por la ausencia de protocolo de intervención debido a lo cual no se pudo conocer la cantidad de sangre aspirada, ni la empapada por compresas de las que no se llegó a saber ni el número de las que fueron utilizadas ni el peso que arrojaron después de su utilización. Este punto tiene especial importancia para ser tenido en cuenta, y saber los médicos

que deben de preocuparse muy mucho de todas aquellas pruebas que puedan demostrar sus criterios y no dejar de conservarlas y quedarse sin ellas, lo cual les lleva a una posible indefensión.

Se pretendió alegar que esa pérdida de sangre era por causa desconocida o por una embolia de líquido amniótico pero fue descartado en base al análisis microscópico realizado sobre fragmentos pulmonares extraídos en la autopsia.

Se llegó a la conclusión de que esa pérdida de la sangre surgió en las postrimerías de la intervención y dado que no resultó probada ninguna hemorragia brusca y súbita sólo se podía llegar a la alternativa de una hemorragia paulatina, y de esto resulta que debió ser advertida por el ginecólogo y como éste no la advirtió, aparece su falta de atención, la cual también se da en el anestesista dado que la hemorragia se reflejó en un progresivo descenso de la tensión arterial y de las constantes vitales, las cuales deberían estar permanentemente vigiladas por este anestesista, antes de que sonara la alarma del monitor cuando la situación era ya irreversible.

El desenlace ha sido desfavorable para dichos médicos, con una calificación de homicidio imprudente que lleva a una pena de prisión de un año, que normalmente no cumplirán porque se le aplicará la condicional, y una inhabilitación para el ejercicio de la Medicina durante tres años, además de la correspondiente indemnización de da-



ños y perjuicios. He recogido estos hechos y la citada Sentencia, porque es un claro ejemplo de que en materia de responsabilidad penal médica siempre se tiene en cuenta una responsabilidad de medios y no de resultados, en otras palabras, que el médico tiene que saber aplicar los medios que en cada caso tiene a su alcance al atender al paciente, en el caso que no ocupa, el comportamiento médico fue correcto hasta los momentos finales de la cesárea, pero a partir de ese momento dejaron de aplicar ese medio tan importante en el ejercicio de la medicina como es tener cuidado del paciente para tratar de atajarla, antes de que rebase los límites de la normalidad, se confiaron y esto les llevó a esa falta de cuidado, a esa falta de observación. Que este caso sirva para que cualquier médico no se confíe y sepa que aunque la intervención esté terminando o esté terminada, su trabajo no ha terminado porque es necesario seguir con el cuidado y la observación del paciente a fin de evitar situaciones como las del caso que acabo de citar. **M**





Evaluación de páginas Webs dedicadas a Medicina

Criterios de Calidad

*Dr. Marcial García Rojo. Servicio de Anatomía Patológica.
Complejo Hospitalario de Ciudad Real*

Health On the Net, una fundación suiza, fue pionera en la creación de un sello de certificación de calidad de webs dedicados a salud.

El verdadero fin de la fundación Health On the Net, que deberían cumplir todos los webs médicos, es crear un sitio en Internet que guíe al médico internauta y constituir una fuente veraz de información y recursos de salud.

Por otra parte, el proyecto europeo TEAC-Health describía la existencia de peligro para la seguridad pública e integridad profesional debido a la falta de regulación de servicios de informática aplicada a la salud.

De todos los sistemas de acreditación médicos existentes, hemos entresacado aquellos aspectos más relevantes y prácticos que deberían cumplir los sitios webs dedicados a Medicina y que debe exigir todo profesional que visita estos webs. En general, el profesional de la Medicina exige que la información sea, sobre todo, completa ("toda la evidencia disponible"), rigurosa y actualizada.

Los parámetros de calidad a considerar son:

Dónde está publicada

la información. Información sobre el sitio web (analice la dirección y valore el país, empresa, etc.):

- Identificación del proveedor o responsables del web ("transparencia del proveedor"): Ubicación, titulación, contacto. El web debe disponer de una sección ¿Quiénes somos? Donde indique quiénes son los responsables del soporte técnico, dónde están alojados los servidores y qué empresa los gestiona.

- Objetivos y propósitos del web ("transparencia de propósito"), incluyendo fines comerciales.

- Intereses comerciales generales o de algunas secciones.

- Fuentes de financiación del web (ayudas, patrocinadores, anunciantes, sin ánimo de lucro, soporte voluntario).

- Sistema de evaluación ("editorial policy") propia de contenidos ("peer-review", firmas invitadas, etc.). Este aspecto es fundamental en las revistas electrónicas y en los webs dedicados a formación médica continuada.

- Identificación de responsables de calidad de cada sección ("accountability") y contacto. Cada sección, como Neumología, ORL, etc., debe disponer de un responsable al que poder contactar cuando observemos alguna anomalía en el contenido.

eEurope An Information So - Criterios de asociación con otros webs. Estudio de calidad de enlaces externos.

- ¿publicar perfil de visitantes habituales. Es muy recomendable conocer las estadísticas de acceso a cada parte del web, para saber no sólo el número de personas sino la profesión y la especialidad de los usuarios, sin bien esto sólo es posible si el web dispone de un sistema de identificación de usuarios, aunque el registro sea gratuito.

- Proceso de revisión de principios y adaptación a la tecnología web disponible. Hoy en día todos los web deben disponer de sistemas de búsqueda.



**En memoria del Prof.
Jean Raoul Scherrer,
fallecido el pasado 18
de Marzo de 2002,
líder de la Fundación
Health On the Net.**

das y clasificación de contenidos, y no deben estar constituidos sólo por páginas estáticas.

Cuándo se publicó la información.

Fecha del origen de los datos publicados. Fecha de publicación en el web. Posible periodicidad en la actualización de los datos. Tiempo de validez prevista para estos datos. Tiempo de permanencia prevista de esta información en el web.

Quién es el autor. Relación completa de autores y colaboradores. Prestigio del los autores. Filiación profesional. Credenciales, titulación (breve currículo). Fuentes siempre disponibles (preferiblemente, referencias bibliográficas).

Rigor científico. Precisión, exactitud, legibilidad. Es aconsejable que exista información sobre la validez de todas las fuentes de información.

El proceso de revisión de contenidos. Además de la valoración inicial, el comité editorial debe actualizar los contenidos según una política expresada en las condiciones generales del web ("disclosure"). El web debe incluir una lista de miembros de la empresa u otros individuos (p. ej., comité editorial) responsables de la calidad del contenido.

Facilidad de acceso a la información ("usabilidad"):

- Criterios físicos (capacidad de almacenamiento, rapidez, ancho de banda).
- Búsqueda de información (indización, búsquedas).
- Clasificación de información. Público al que va dirigido ("rating", "target audience").
- Registro previo (si nos identificamos con nombre de usuario o contraseña el servidor podrá conocernos mejor y ofrecer estadísticas más fiables) o acceso directo, sin registro previo.
- Facilidad de lectura y utilización de los documentos.
- Software necesario para navegación (navegador, *plug-ins*, visores de archivos, etc.).
- Ficheros descargables (PDF, DOC, gráficos).

Aspectos económicos. En los webs de acceso gratuito debe aparecer una indicación clara de las fuentes de financiación. Si el web incluye comercio electrónico, debe ser seguro (páginas web seguras) y fiable. La publicidad y el patrocinio comercial no deben influir en ningún contenido editorial y la publicidad debe ser fácilmente discernible del contenido editorial.

Nivel de interactividad (en cuanto a con-



tenidos y aspectos técnicos). Información pasiva y sitios web con servicios activos (transacciones de información, productos y servicios).

- Interacción del usuario con sí mismo (perfil del visitante, búsqueda inteligente, paneles personalizados)

- Con el sistema (solución de problemas, contacto con responsables de cada sección)
- Con otros usuarios
- Con profesionales de la salud o autores
- Con otros webs

Tiempo de respuesta en sistemas interactivos.

Consulta virtual. La tendencia actual es no utilizar las consultas en Internet para situaciones agudas o de urgencia. En los sistemas de consulta virtual el médico debe decidir si la pregunta se

puede responder y en qué plazo.

Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado



y confidencialidad.

- Aunque la mayoría de los sitios de información de salud en Internet disponen de política de privacidad, la mayoría no lo siguen (Goldman, 2000).

- Los médicos que practica la telemedicina deben ser autorizados para practicar la medicina en el país en el que residan y deben ser competentes en el campo de la medicina en que estén ejerciendo.

- Los principios de ética médica que son vinculantes en la profesión deben ser asimismo seguidos en la práctica de la telemedicina.

Información para pacientes

Por último, puesto que cada vez es más frecuente que los pacientes accedan a Internet para buscar información, es conveniente que el médico aconseje al paciente sobre cómo debe realizar esa búsqueda sobre salud y que podríamos resumir en:

* Valore la fuente: Deben citarse y deben ser de confianza o prestigio reconocido.

* Compruebe la fecha de cualquier dato. Si es de más de 6 meses puede no estar actualizada.

* En vez de buscadores genéricos (Altavista, Google), use fuentes fiables realizadas por médicos.

* Ante la duda, contacte con el responsable del web.

* Instrúyase. Aprenda a discriminar y a ser un consumidor del sistema sanitario informado

* Imprima los datos relevantes y consúltelos con su médico. **M**

Referencias

Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Código de Conducta de Web Médico Acreditado. Última actualización: 3/2001. Disponible en: http://wma.comb.es/cast/codi_conducte.htm

Forsström J (Ed). Towards Evaluation and Certification of Telematics Services for Health (TEAC-Health). University of Turku. Grafia Oy, Turku Finland, 1999. Disponible en: <http://www.multimedica.com/TEAC/>

Goldman J, Hudson Z, Smith RM. Report on the privacy policies and practices of health Web sites. California HealthCare Foundation. Enero 2000. Disponible en: <http://www.chcf.org/documents/ihealth/privacyexecsummary.pdf> Último acceso el 13 de abril de 2002.

HON. Código de Conducta (HONcode) para sitios Web de Salud y Medicina. Versión 1.6 de Abril de 1997. Disponible en: <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>

Risk A. eHealth Code. Internet Health Coalition. Mayo de 2000. Disponible en: <http://www.ihealthcoalition.org/>

URAC (American Accreditation HealthCare Commission). Health Web Site Standards. Versión 1.0. 2001. Disponible en: <http://www.urac.org/>

Winker MA, Flanagan A, Chi-Lum B, White J, Andrews K, Kennett RL, DeAngelis CD, Musacchio RA. Guidelines for medical and health information sites on the Internet: Principles governing AMA Web sites. JAMA 2000; 283(12): 1600-1606. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/issues/v283n12/full/jsc00054.html>





Centro de Psicología bajo la dirección de Paloma Morales

La Termoestimulación contra la dependencia física del tabaco

El Centro de deshabituación del tabaco, Smokend, abrió recientemente sus puertas en Ciudad Real, bajo la dirección de la psicóloga Paloma Morales, lo que es una buena noticia para los fumadores de la provincia, ya que el objetivo del tratamiento es eliminar la dependencia física de la nicotina, mediante la aplicación de un método basado en la Termoestimulación.

La empresa distribuidora del método, Catexit, cuenta ya con 44 unidades de tabaquismo distribuidas por toda España, instaladas en hospitales, clínicas y centros privados «Smokend». Este tratamiento para la deshabituación del tabaco se desarrolló hace 11 años, y se aplica desde hace ocho en nuestro país. En el pasado mes de enero ha sido ganador del Premio a la Innovación en Productos y Servicios Sanitarios de la Fundación Avedis Donabedian (FAD).

La Termoestimulación es un método natural, carente de contraindicaciones y efectos secundarios, que consigue eliminar el síndrome de abstinencia de la nicotina, sin necesidad de ningún fármaco o sustancia alguna. Su aplicación es muy sencilla, superficial y no ocasiona ninguna molestia. Consiste en la estimulación de receptores del propio organismo, en concreto los exteroceptores cutáneos sensibles a los estímulos térmicos, mediante una radiación infrarroja de onda corta. Estos exteroceptores son terminaciones nerviosas libres. La aplicación de infrarrojos en la piel es totalmente inocua, se utiliza sin ningún riesgo en el tratamiento de artritis, enfermedades reumáticas, etc... La estimulación de estos receptores



XIII Edición de los Premios Fundación Avedis Donabedian, FAD

En los Premios estuvieron la Ministra de Sanidad, Celia Villalobos, el Conseller de Sanidad, Eduard Rius y el Dtor. Gerente de Catexit, Josep M^a Esparraguera, entre otros. El Premio Homenot Nacional, fue para el Dr. Valentín Fuster, Director del Into. de Cardiología del Hospital Mount Sinai de Nueva York. Ha contribuido de forma decisiva a la medicina cardiovascular.

induce la segregación de endorfinas, de la misma forma que se produce con el consumo de tabaco. Esto evita los síntomas del síndrome de abstinencia. La disfunción que sufre el fumador en la producción de esta sustancia hormonal, responsable de nuestros estados emocionales, se restablece tras cuatro días consecutivos de tratamiento, proceso que se traduce por una cesación inmediata del hábito tabáquico. Superados los síntomas físicos, se superan fácilmente los síntomas de abstinencia psíquica que comporta una conducta adictiva. La sensación física de no necesidad del tabaco y el bienestar sin éste, que se produce de manera progresiva durante el tratamiento, comporta un refuerzo positivo muy importante dentro de la motivación previa del usuario. El aumento de la motivación se traduce como resultado en un proceso de evolución psíquica en

relación al incremento de seguridad, reafirmación y satisfacción personal al finalizar el tratamiento.

Los estudios realizados a los pacientes demuestran un 95% de efectividad al finalizar el tratamiento, y después de un año se mantiene un 67%. En estos últimos casos el Centro se compromete a repetir el tratamiento y ha realizado un seguimiento psicológico del paciente, al margen de que junto al tratamiento se ofrezca la asistencia del paciente durante un año.

Hoy en día se puede aplicar la termoestimulación como un nuevo concepto terapéutico. Inicialmente surgió la investigación como una solución para el tabaquismo, pero también se ha visto que es eficaz para otras patologías como estrés y obesidad. Actualmente se sigue investigando en relación a otras drogodependencias.

CENTRO DE DESHABITUACIÓN DEL TABACO

TRATAMIENTO MEDIANTE TERMOESTIMULACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR DEFINITIVAMENTE
TRATAMIENTO DEL ESTRÉS Y LA OBESIDAD

Calidad Sanitaria

Sin efectos secundarios

Sencillo e indoloro

Sin fármacos

Sin ansiedad ni estrés

Sin aumento de peso

Rápido y eficaz

Tan sólo 4 sesiones de 20 minutos



GARANTÍA DE UN AÑO



Centro de Psicología Paloma Morales
C/ General Aguilera 5, 2^o E
Ciudad Real

Tf.: 926 23 06 41



**Usted aconseja lo mejor
para sus pacientes**

Nosotros, lo mejor para sus intereses financieros

Porque sabemos que las exigencias de su trabajo requieren un trato especial, en MediCaixa le ofrecemos los mejores productos y servicios financieros, diseñados a medida. Tenemos las soluciones que usted necesita, tanto en el ámbito personal como en el profesional: desde comprar una nueva vivienda hasta adquirir equipos de alta tecnología. Sea cual sea su proyecto, en MediCaixa le garantizamos que gozará siempre de una

excelente salud. Además, le aconsejamos lo más adecuado para sus ahorros, ponemos a su disposición distintos tipos de tarjetas de crédito, le ofrecemos la posibilidad de contactar en todo momento con nosotros a través del servicio Línea Abierta, etc. En MediCaixa todo son ventajas para usted. Compruébelo. Pase por cualquier oficina de "la Caixa" y le informaremos personalmente del tratamiento que más le conviene.

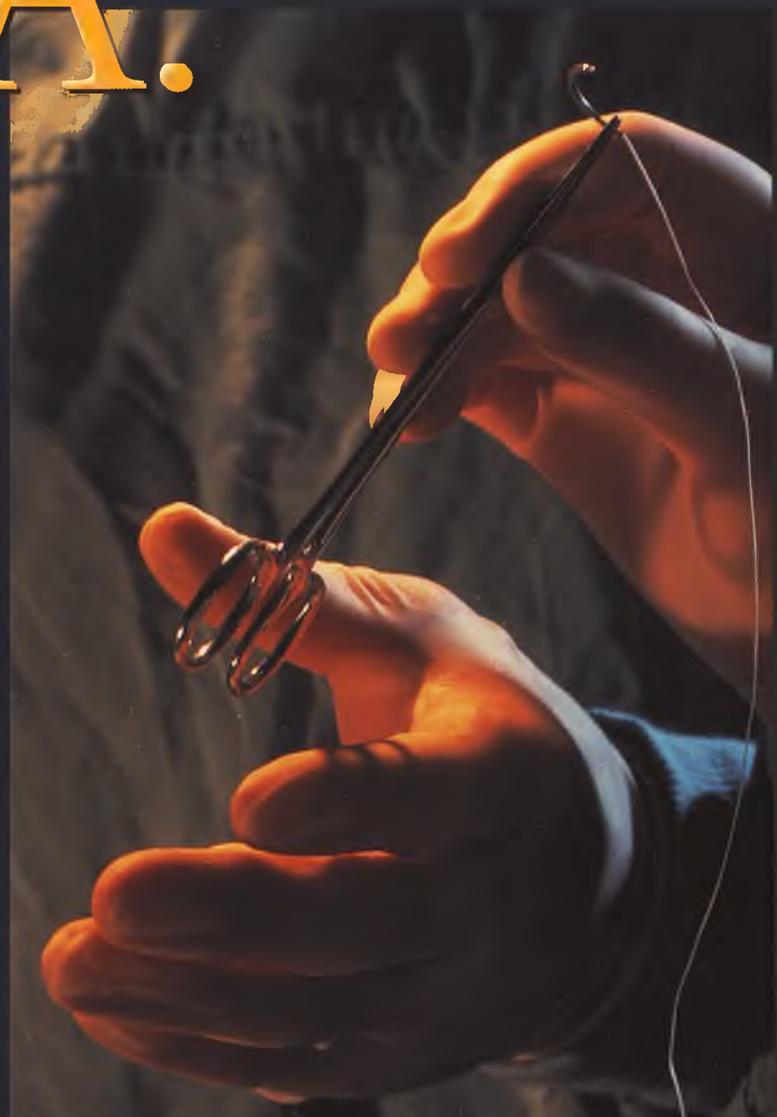


Responsabilidad Civil Profesional y Protección Jurídica

de **A.M.A.**

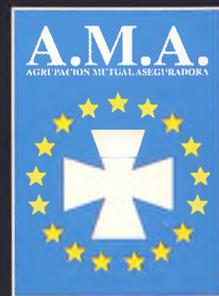
- **Más de 70.000 asegurados tienen ya nuestros Seguros de Responsabilidad Civil Profesional y de Protección Jurídica**
- **Las mejores y más amplias coberturas en la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional**
- **Continuidad, seriedad y solvencia con la calidad y servicio de una gran Entidad aseguradora**
- **Cobertura total para los Profesionales Sanitarios durante toda su vida profesional**

Respaldados y asesorados
por expertos abogados
en cada provincia
y para cada expediente



llama, gratuitamente, al teléfono: **900 - 100 963**
o envíanos un fax al nº: **91 350 56 65**
Centralita: **91 343 47 00**
o a tu Delegación u Oficina provincial

**Pide
información**



Línea 6 Comunicación

AMA, la Mutua de los Profesionales Sanitarios

AGENCIA EN CIUDAD REAL

AGENCIA EN MADRID

AGENCIA EN SEVILLA