



médicos *de Badajoz*

REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ - DICIEMBRE 2011 - Nº 24



Concurso Tarjetas de Navidad 2011
Página 32



Fiesta de Reyes: 4 enero 2012
Página 33



Entrevista con... Javier Sádaba
Página 18

Dr. Enrique Moreno González
“De mi padre aprendí a respetar
a mis paisanos, tratando de ayudar
en cualquier momento a sus necesidades”

Feliz Año Nuevo



Que en estos días de Navidad los hombres y mujeres de Badajoz, las familias que día a día hacen de nuestra ciudad un lugar más habitable y más humano, sientan de una manera muy especial la paz, la tolerancia y la amistad que tan bien caracteriza la forma de ser de los badajocenses. Y que en el nuevo año 2012 la solidaridad, la colaboración y el diálogo sean la norma entre todos y, especialmente, hacia quienes más lo necesitan.



Ayuntamiento de Badajoz





Página 11

In Memoriam
Dr. Ángel
Quintanilla Ulla



Páginas 14 y 15

En Portada
Dr. Enrique Moreno
González, Jefe Servicio
de Cirugía General
y Trasplantes Abdominales
del Hospital 12 de Octubre



Páginas 16 y 17

Reportaje
El Médico ante
el final de la vida



Página 18

Entrevista con
Francisco Javier
Sábada Garay



Páginas 26 y 27

Opinion a Pie
de Consulta
"¿Qué le pides al 2012
para la profesión
médica?"



Páginas 28 y 29

Colaboración
La Pericial Médica.
Una Prueba Trascendente
en el Proceso Penal



Páginas 30 y 31

Biblioteca
Archivo
y Hemeroteca
del icomBA



Página 33

Fiesta Reyes 2012

Y además...

Carta del Presidente (pág. 5). Junta Directiva (págs. 6 a 9). Agenda de Formación (pág. 10). Colegiación Octubre-Noviembre (pág. 11). Actividades Colegiales Destacadas (págs. 12 y 13). Comisión Deontológica. Guía de Sedación en la Agonía (págs. 20 y 21). Tribuna de Opinión. Dra M^a Victoria López Blázquez (págs. 22 y 23). Dr Juan Diego Jiménez Delgado (pág. 24). Gastronomía (pág. 34).

BUZÓN DE INICIATIVAS COLEGIALES



MÉDICOS DE BADAJOZ dispone de un Buzón de Iniciativas Colegiales a disposición de todos los colegiados, con el fin de servir de instrumento para canalizar sus sugerencias sobre cualquier aspecto relacionado con el Colegio de Médicos de Badajoz y la profesión médica. Esta nueva sección de la revista tiene una vocación de servicio al colegiado, al tiempo que aspira a convertirse en un elemento más que permita una mejor interrelación entre el Colegio y sus colegiados.

Para participar en esta sección, los colegiados pueden remitir sus correos, de una extensión no mayor de 20 líneas a doble espacio, a través del correo electrónico: medicosdebadajoz@hotmail.com

DESDE EL AÑO 1994 LA MÁS ALTA TECNOLOGÍA A SU SERVICIO

RESONANCIA MAGNÉTICA DE ALTO CAMPO 1,5 TESLA PHILIPS



- Todo tipo de exploraciones, normales y avanzadas.
- Tiempos mínimos en la realización de la exploración.

En C/ Eladio Salinero de los Santos , 6
(Entreplanta Hospital Clideba) **BADAJOS**
Tif. 924 25 55 90 - central@clinicassanmiguel.com

RESONANCIA MAGNÉTICA ABIERTA DE ALTO CAMPO PHILIPS PANORAMA HFO



- Única de estas características en Extremadura y quinta de España.
- Combina las prestaciones de una resonancia de alto campo con las posibilidades de una resonancia abierta.
- Especialmente indicada para pacientes con claustrofobia, obesos o niños sin necesidad de sedación.
- Todo tipo de exploraciones normales y avanzadas.
- Tiempos mínimos en la realización de la exploración.

En Avda. del Guadiana, 6 (Centro Badajoz Salud) **BADAJOS**
Tif. 924 22 11 64 central@clinicassanmiguel.com

CLÍNICA SAN MIGUEL ESTÁ CONCERTADA CON LAS PRINCIPALES COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y MUTUAS DE ACCIDENTES:

- Compañías de Seguros: Adelas, Allianz, Axa, Asisa, Caser, Dkv, Antares, Grupo Mapfre, Sanitas, Salus, Zurich, etc.
- Mutuas Accidentes de Trabajo: Asepeyo, Fraternidad, Fremap, Fimac, Ibermutuamur, Mc Mutual, Mutua Universal, Maz, Montañesa, Mutua de Futbolistas, etc.

TAMBIÉN OFRECEMOS NUESTROS SERVICIOS EN LOS CENTROS SAN MIGUEL DE:

CÁCERES: Ronda de San Francisco, 1. Tif. 927 24 00 89

CÁCERES: Avda. de la Universidad, s/n. Tif. 927 18 14 75

MÉRIDA: Avda. de la Constitución s/n. Tif. 924 37 42 00

ZAFRA: Ctra. de Los Santos, s/n (Clínica Zafra Salud). Tif. 924 55 14 63

ALMENDRALEJO: C/San Blas, 11. Tif. 924 66 73 23

DON BENITO: Avda. Alonso Martín, 23. Tif. 924 80 56 52

NAVALMORAL: C/Pablo Luengo, 23. Tif. 927 53 20 57

CORIA: C/La Vera, s/n. Polígono Los Rosales. Tif. 927 50 82 96



Dr. Pedro Hidalgo Fernández

Presidente del icomBA

presidente@colegiomedicobadajoz.org

El médico ante el final de la vida

A mis colegas quisiera pedirles especial lectura de nuestro nuevo Código de Deontología Médica que es una (la) Guía de Ética que la profesión se ha dado (aprobado en la Asamblea General del Consejo de Colegios Médicos el pasado nueve de julio) para ejercer la medicina; y la Guía de Sedación Paliativa (aprobada en la Asamblea General del pasado veintiocho de octubre), para así tener las coordenadas que nos hagan entender, asumir y conocer cuál debe ser nuestra buena praxis ante el final de la vida de nuestros pacientes.

No hay muerte digna, la muerte es muerte. Sí deberemos hacer una vida digna y si deberemos ocuparnos de dignificar los últimos momentos de la vida.

El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida (art.36.1CDM).

Venimos a definir a los cuidados paliativos como el conjunto de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal (enfermedad incurable, avanzada e irreversible, con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses) mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales.

El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinados. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida (art.36.2).

El médico nunca provocará intencionalmente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste (art.36.3).



El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica (art.36.4).

La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado (art.36.5).

cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso. La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios.

La sedación no debe instaurarse para aliviar la pena de los familiares o la carga laboral y la angustia de las personas que atienden al enfermo, ni como "eutanasia lenta" o "eutanasia encubierta".

Existe una clara y relevante diferencia entre sedación paliativa y eutanasia si se observa desde la Ética y la Deontología Médica. La frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. En la sedación se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario (aquel que no puede ser adecuadamente controlado con los

tratamientos disponibles). En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente.

Los médicos estamos obligados a ayudar durante toda la vida a nuestros pacientes, hasta su muerte. ■

Con nuestro nuevo Código de Deontología Médica y la Guía de Sedación Paliativa tenemos las coordenadas para entender, asumir y conocer cual debe ser nuestra buena praxis ante el final de la vida de nuestros pacientes

La situación de agonía es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de manera gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida limitado a horas o días. La sedación paliativa en la agonía es la que se utiliza

Junta Directiva

Dr. D. José Alberto Becerra Becerra

Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Badajoz y Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones a Médicos de la OMC
secretario@colegiomedicobadajoz.org



El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, Premio Ideas Innovadoras 2011

En la Organización Médica Colegial se realizó la multitudinaria presentación de los datos sobre agresiones a médicos del año 2010, tuvo lugar el pasado mes de enero, datos que fueron enviados desde todos los Colegios Provinciales de Médicos, y que tras su tabulación y estudio, se pudieron dar a conocer a todos los medios de comunicación de España.

Esta exposición pública del Registro de agresiones por parte del Observatorio Nacional tuvo un importantísimo impacto a nivel mediático, asistieron más de

Desde este colegio llevamos tiempo trabajando en al ámbito jurídico de las agresiones, y ya con los correspondientes ajustes departamentales consolidados, y con el protocolo estructurado que permite activar inmediatamente el dispositivo colegial de agresiones

treinta medios de comunicación, prensa escrita, digital, televisiones y radios, todos de primer nivel en al ámbito nacional. En este acto participaron el Dr. Sendín y el Dr. Romero, Presidente y Secretario General respectivamente del Consejo General de Colegios de Médicos de España, y el Dr. Becerra, Secretario General de este icomBA y coordinador del grupo de trabajo.

Estos datos se resumen en cuadro adjunto, con 451 agresiones a médicos, con una cierta diferencia en cuanto al número de agresiones se refiere, en contra de la



1.- Datos agresiones a Médicos 2010

- 451 agresiones

2.- Ámbito de las Agresiones

- En Atención Primaria, donde ocurren aproximadamente siete de cada diez agresiones, un 64,7 %.

3.- Características del Agresor

- Una de cada tres agresiones a médicos son ocasionadas por el familiar del paciente.
- En una de cada diez agresiones, ya había antecedentes previos de agresión.

4.- Causas de la Agresión

- Solo tres de cada diez son por discrepancias en la atención médica que se le presta al paciente.
- Una de cada diez son por discrepancias personales.
- Más de una de cada diez son por no prescribir lo que el paciente deseaba.
- Casi la mitad de las agresiones son por causas que nada tienen que ver con el propio médico, como mal funcionamiento del centro, tiempo en ser atendido, informes no acordes a sus necesidades, bajas laborales y otras.

Atención Primaria, donde ocurren aproximadamente siete de cada diez agresiones.

Otros datos reveladores, que reseñan son que "Una de cada tres agresiones a médicos son ocasionadas por el familiar del paciente", que "Había antecedentes previos de agresión en una de cada diez agresiones", y dentro de las causas que ocasionan la agresión, es donde aparecen los resultados más sorprendentes, "Tres

de cada diez son por discrepancias en la atención médica que se le presta al paciente", que "Solo una de cada diez son por discrepancias personales" y que "Más de una de cada diez son por no prescribir lo que el paciente desea", y sorprende que el resto o sea casi la mitad de las agresiones sean por causas que nada tienen que ver con el propio profesional, con el médico que únicamente realiza su labor asisten-



cial, así aparecen con un importante porcentaje causas como "mal funcionamiento del centro, tiempo en ser atendido, informes no acordes a sus necesidades, bajas laborales y otros".

En este tema de las agresiones a médicos, la Junta Directiva del icomBA sigue fundamentando su lucha sobre la piedra angular de "Agresiones a médicos, tolerancia cero", y que tan buena acogida ha tenido, por ello los médicos de nuestra provincia cada día denuncian más agresiones en su colegio, y lo hacen porque se sienten respaldados por su este, y por su magnífica Asesoría Jurídica que los representa. Desde este colegio llevamos tiempo trabajando en al ámbito jurídico de las agresiones, y ya con los correspondientes ajustes departamentales consolidados, y con el protocolo estructurado que permite activar inmediatamente el dispositivo colegial de agresiones, podemos manifestar que este icomBA está a la vanguardia en la protección del médico agredido, y los plan-

teamientos ya iniciados continúan cumpliéndose en ese protocolo, por ello nuestros colegiados siempre estarán representados "in situ" por los letrados de nuestra Asesoría Jurídica.

Los datos obtenidos por parte del Observatorio y que se presentaron en Madrid a principios de año, han supuesto

El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, se consolida como una realidad, y el colofón final de esta interesante secuencia de acontecimientos en este año, es que ha sido elegido por Diario Médico como una de "Las Mejores Ideas de la Sanidad de 2011"

un gran éxito para la OMC, porque su importante repercusión mediática avala este magnífico trabajo realizado por el grupo de trabajo, y que tuvo su culminación con los actos celebrados el día 23 de marzo, que ha quedado institucionaliza-

do como el Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario, en el que se dio lectura al Manifiesto conjunto firmado por un importante número de instituciones, sociedades científicas y organismos, más de treinta en total, y lo presidió el lazo dorado, símbolo definitivo que caracterizara a esta importante jornada de reflexión para todas las partes implicadas y desde la cual deberemos empezar a tomar decisiones al respecto para erradicar este estigma de una sociedad incívica, insolidaria e inhumana que genera las agresiones de los pacientes, de sus familiares a los médicos.

Los datos que el Observatorio aporta son su principal valedor, y por ello la Organización Médica Colegial lo propone como nexo de unión, para poder encontrar una pronta solución al problema, para que se apliquen las medidas coercitivas y correctoras necesarias y a la vez plantea la necesidad de la aplicación de otras medidas también muy necesarias, que restablezcan el importantísimo lazo que supone la relación médico-paciente.

El Observatorio Nacional de Agresiones a Médicos, se consolida como una realidad, y el colofón final de esta interesante secuencia de acontecimientos en este año, es que ha sido elegido por Diario Médico como una de "Las Mejores Ideas de la Sanidad de 2011".

El acto de entrega tuvo lugar en Barcelona, el lunes, siete de Noviembre, en el Teatro Nacional de Cataluña, en nombre de todos los que constituyen la OMC, pero muy especialmente representando a todos aquellos que han colaborado para que este observatorio sea una evidente realidad, recogió el premio, el Dr. D. Jose Alberto Becerra Becerra, Coordinador Nacional del Observatorio de Agresiones a Médicos y Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Badajoz. ■



Junta Directiva

Dr. Jose Antonio Márquez Sánchez
Tesorero del icomBA
tesorero@colegiomedicobadajoz.org



Presupuestos Institucionales 2012 y otras cuestiones de interés

Como cada año, al cierre del mismo toca elaborar los presupuestos para el próximo. Los medios de comunicación nos recuerdan a diario la terrible crisis económica, financiera y de valores que nos azota, cada uno desde su puesto intenta empujar y nosotros hemos de continuar cumpliendo con los quehaceres de nuestro Departamento de Tesorería en relación con las dos instituciones que gestionamos: el Colegio y la Fundación.

Lógicamente, a la hora de cerrar este documento, ambos estados financieros (Presupuesto del Colegio y Plan de Actuación de la Fundación) son provisionales, pues se encuentran pendientes de datos como el IPC de noviembre, comunicación de cuotas colegiales definitivas por parte del Consejo, concreción de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Extremadura (que afecta en cuanto a las transferencias corrientes a Colegios y Fundaciones) y la aprobación definitiva del capítulo de inversiones.

El proyecto de Presupuesto-2012 del Colegio presentado en el Pleno de la Junta Directiva celebrado el pasado 12 de noviembre eleva el montante de gastos de funcionamiento en torno a 1.788 m€ y las inversiones en 280 m€, elevando el Presupuesto provisional a 2.068 m€. Estos gastos e inversiones serán sufragados mediante ingresos de funcionamiento (1.881 m€) y de operaciones de fondos (187 m€), para dejar un Presupuesto equilibrado, como es norma consuetudinaria. En principio, no se ha previsto arbitrar fuentes de financiación exógenas a largo plazo para las inversiones a desarrollar durante el próximo ejercicio.

En cuanto a la Fundación, el Plan de Actuación (Presupuesto de 2012) dependerá de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma para 2012 que, como es sabido, se encuentran en fase de elaboración. Y ello, por cuanto que determinadas

actuaciones (Escuela MIR-AR y Competencia Profesional) que entran dentro del ámbito competencial de la Fundación, en el vigente ejercicio 2011 fueron cofinanciadas por la Administración Autónoma de forma nominativa al Colegio y, nuestra pretensión para 2012, es incluirlas como

El proyecto de Presupuesto-2012 del Colegio presentado en el Pleno de la Junta Directiva celebrado el pasado 12 de noviembre eleva el montante de gastos de funcionamiento en torno a 1.788 m€ y las inversiones en 280 m€, elevando el Presupuesto provisional a 2.068 m€

actividades propias de la Fundación. Ahora bien, ello no depende plenamente de nuestra intervención, por lo que hemos de agotar el plazo de final de año del que disponemos para arbitrar y aprobar el Plan de Actuación de 2012 para la Fundación.

No obstante, entendemos que, independientemente de que las anteriores actividades conformen o no el Plan de Actuación de 2012, nuestra Fundación contará con actividades alternativas por valor superior a los 50 m€ para dicha anualidad. La concreción definitiva de Escuela MIR-AR y Competencia Profesional, probablemente situaría el presupuesto de la entidad en un montante cercano a los 100 m€.

Quiero aprovechar este medio para recordar la posibilidad y plazo del que aún disponemos para efectuar operaciones que mejoren nuestra "factura fiscal" de 2011. Ya avanzamos algo en el último boletín y, aunque cada vez son menos las alternativas, todavía se pueden arbitrar algunas medidas que pueden permitir un ahorro en el Impuesto sobre la Renta. En Tesorería, como siempre, estaremos gustosos de atender las peticiones de nuestros colegiados en este ámbito.

Y quiero finalizar con un mensaje de confianza, en espera de que las fechas festivas que se acercan, supongan un presagio de mejora de la situación general que ahora nos afecta. ■





Dr. Juan José Torres Vázquez

Vocalía de Atención Primaria Rural del icomBA
medaprural@colegiomedicobadajoz.org

De la macro a la micro como respuesta a la crisis

La crisis que hace dos años atravesó el atlántico ha desbordado ríos de tinta en crónicas que describen el naufragio político y económico que ha producido en nuestro país y en los millones de damnificados que va dejando por ahora...

Todos estamos expectantes cada vez que oímos la palabra "crisis" y más aún, cuando se asocia a la posibilidad de recortes de prestaciones sanitarias, cosa que todos rechazamos, pues entendemos la salud como un bien al que no se puede renunciar. Máxime en un país donde hay el dicho de "la salud es la lotería de los pobres", pues tras salir el gordo de Navidad todos decimos que si no nos hemos hecho ricos, por lo menos tenemos salud. Pero en los tiempos que corren, quién sabe si no terminaremos diciendo: si pierdo la salud ojalá no necesite que me toque la lotería para recuperarla.

Hoy día el tam-tam de la crisis nos está familiarizando con una terminología de nuevos conceptos como: nuevo modelos de gestión, externalización, copago, prescripción por principio activo, precios de referencia, central de compras, ticket moderador, rebaja de sueldo a los médicos.... Todas ellas son medidas de macrogestión tendentes a controlar el gasto sanitario.

Con la cantidad de escuelas de negocios que imparten másteres en gestión sanitaria resulta pintoresco que todas las medidas estén tomadas en el mismo piso y se ignore que existen otros pisos en el edificio del pensamiento.

Nuestros gestores entienden la sanidad como una empresa tradicional, no tienen en cuenta que, al contrario de lo que ocurre en una empresa convencional, la pirámide de poder para ejecutar lo presupuestado está invertida, pues la mayoría de las decisiones que se toman en la empresa sanitaria pública se dan a nivel micro; por mucho que hagan los gestores, al final, quien decide es el profesional. Sin embargo, cuando una mul-

tinacional del automóvil decide fabricar un nuevo modelo, esta decisión se toma desde el vértice de la pirámide. A ese nivel se toman las decisiones de: el diseño, los distintos componentes que lo van a formar, los materiales que se van a emplear... y se dan las instrucciones descendentes para que, finalmente, en la cadena de montaje, no quede ningún detalle al azar; de este modo se elimina la desviación presupuestaria, pues a nadie se le ocurre, en esta cadena cambiar un componente por otro aunque fuera con buen criterio. Pues bien, nuestros dirigentes o macrogestores piensan que la sanidad es una empresa que en su base tiene una cadena de montaje que sigue las leyes de un modelo económico Input-Output, y éste es el error. Mientras

El médico del sistema sanitario público, en su actividad diaria, genera unos costes que desconoce. Cada médico de familia maneja un presupuesto medio anual que supera los cien millones de las antiguas pesetas, el triple de la facturación media de una PyME

prevalezca este modelo de pensamiento en la clase política, nos moveremos en un bucle que puede llevarnos a unos recortes dramático en el que ni siquiera podamos conformarnos con la salud en el día de la lotería.

Entre las muchas medidas que se barajan desde el nivel macro, está cobrado fuerza la idea de la factura sombra para concienciar al paciente de los costes que genera la atención a su salud. Muchos consideramos que esto es un error y carece de utilidad, ya que el paciente no tiene capacidad de modificar esos costes por que las decisiones en beneficio de su salud las tomamos nosotros. Bastante tiene el

paciente con preocuparse de su recuperación. El paciente, cuando recibe la factura sombra, lo más que puede hacer es dar las gracias al sistema de lo que se ha hecho por él. Somos nosotros los que necesitamos conocer los costes que generan nuestras decisiones y los que deberíamos reivindicar el protagonismo que nos corresponde para asumir nuestro liderazgo en la gestión de los fondos que manejamos en la atención a los ciudadanos.

El médico del sistema sanitario público, en su actividad diaria, genera unos costes que desconoce. Cada médico de familia maneja un presupuesto medio anual que supera los cien millones de las antiguas pesetas, el triple de la facturación media de una PyME. Esta cantidad sale de sumar los capítulos de farmacia, bajas laborales, petición de pruebas complementarias y derivaciones a atención especializadas. Estas cantidades las gestionamos o, mejor dicho, las manejamos, sin disponer de información de los costes ocasionados con nuestras decisiones y lo que es peor, sin conocer los resultados obtenidos en la salud de nuestros pacientes.

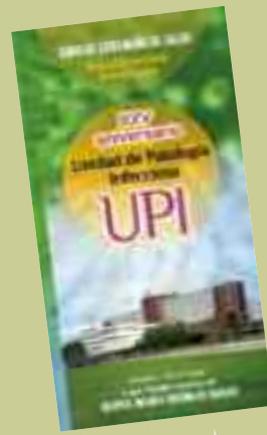
Así pues, mientras no prospere la microgestión sanitaria, se impartan los conocimientos necesarios para su desarrollo y las herramientas de gestión que se precisan, la sostenibilidad del sistema sanitario cabalará al pago de la coyuntura económica. No se entiende que los médicos sigamos gestionando ingentes cantidades de dinero público sin que se nos den los conocimientos mínimos de gestión y la información puntual de los costes de nuestras decisiones y lo conseguido con las mismas.

Cada vez somos más los que consideramos que armonizar y desarrollar estos conceptos son imprescindibles para cambiar el paradigma de la gestión sanitaria y conseguir la sostenibilidad del sistema antes de aventurarnos a introducir medidas sin retorno que terminen resintiendo la salud de los más débiles. ■

Agenda de Formación



15 de diciembre de 2011: En la sede de Don Benito a las 18.00 horas se va a realizar un curso bajo el título Proyecto Excellence en la Previsión del ictus en Fibrilación Auricular.

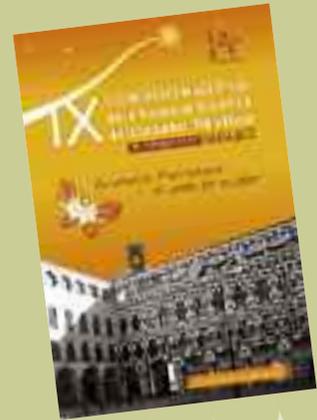


Desde el 30 de noviembre al 16 de marzo de 2012: La Unidad de Patología Infecciosa del Hospital Universitario Infanta Cristina con motivo de la celebración del XXV aniversario de su creación, ha organizado una serie de mesas redondas sobre patología infecciosa que ha denominado los miércoles infectológicos.



17 de diciembre de 2011: De 9.00 a 14.00 horas en el salón de actos de la sede central del icomBA se van a celebrar las XIII Jornadas de Enfermedades Inflamatorias Intestinales en Extremadura organizada por ACCU Extremadura.

17 de diciembre de 2011: A las 17.00 horas se celebra en el salón de actos de la sede central del icomBA la conferencia "Cambio de paradigma en el abordaje de las alergias alimentarias", organizada por la Asociación Extremeña de Alérgicos a Alimentos.



Del 9 al 11 de Mayo de 2012: Se celebra en Badajoz el IX Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Indugrafic, no solo papel...

INNOVA CON **INDUGRAFIC** ARTES GRAFICAS



e-books



impresión/grabación
CD/DVD



videos



pendrive



webs

Polígono de Pealsa • (ctra. Madrid-Lisboa, km. 397) • 06009 Badajoz
tel 924 240 700 • fax 924 253 326 • artesgraficas@indugrafic.com

www.indugrafic.com

Colegiación (Octubre y Noviembre)

ALTAS OCTUBRE

ARROYO GÓMEZ AURORA | 06/06/06562
 PARDO MAGRO EVA MARÍA | 06/06/06563
 GONZÁLEZ ANGUITA IRENE | 06/28/61.842
 MONTERO MILANÉS GEMMA | 06/06/06564
 ROMERO SÁNCHEZ SAMUEL | 06/28/57.209
 GALLARÍN SALAMANCA ISABEL M^a | 06/06/06565
 URBANO GÁLVEZ JUAN MANUEL | 06/06/05050

BAJAS OCTUBRE

GARCÍA DONCEL ENRIQUE • INCAPACIDAD LABORAL
 ÁLVAREZ CÓRDOBA ÁNGEL AGUSTÍN • TRASLADO A MADRID
 GUERRERO DUQUE STELLA • CESE EJERCICIO
 PEÑA GARCÍA MARIO ALBERTO • CESE EJERCICIO
 ESTÉVEZ MARÍA JOSÉ CARLOS • TRASLADO A CÓRDOBA
 MAESTRE ÁLVAREZ ANASTASIO • CESE EJERCICIO

FALLECIMIENTOS OCTUBRE

QUINTANILLA ULLA ÁNGEL
 GONZÁLEZ TORRESCUSA M^a PILAR

ALTAS NOVIEMBRE

LAZO JORGE MIGUEL S. | 06/08/46.546
 MÁRQUEZ SÁNCHEZ SARA | 06/06/06566
 DE PAULA SILVA JACUBORSKI ANDREA | 06/06/05976
 RUBIO MATEO-SIDRÓN JOSÉ ALFONSO | 06/06/06567
 MARTÍNEZ CARRAMIÑANA ENRIQUE | 06/06/04421
 LINARES DÓPIDO JUAN ANTONIO | 06/06/05357
 GÓMEZ MONESCILLO SANTIAGO GIL | 06/38/06049
 TORRES TORRES MARÍA | 06/06/04982

BAJAS NOVIEMBRE

TEIXEIRA BARRETO ALEXANDRE D. • EXTRANJERO
 MARTÍN SÁNCHEZ SEVERIANO • TRASLADO A CÁCERES
 TÉLLEZ KLING M^a JOSÉ • TRASLADO A MADRID
 RODRÍGUEZ LARIOS JOSÉ RAMÓN • TRASLADO A CÁCERES

FALLECIMIENTOS NOVIEMBRE

RIVERA DE ALVARADO HUMBERTO
 MEMBRILLO BOTE JULIÁN



In Memoriam: Dr. Ángel Quintanilla Ulla

Con la debida autorización de la familia y por deuda moral, me siento obligado, como Vocal de los Médicos Jubilados del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, a escribir estas sinceras líneas, dedicadas a la memoria y recuerdo de un médico excepcional, como fue el Dr. Ángel Quintanilla Ulla. No voy a exponer aquí su historial profesional, que ya fue perfectamente descrito en el número 6 de junio de 2007 en la Revista del Colegio, con motivo de la concesión por parte del mismo, de la Medalla de Oro, máxima distinción colegial. Voy a limitarme solamente a exponer algunos aspectos de su labor humanitaria y humanística como médico.

Quiero en primer lugar aclarar, para los que no lo sepan, que si soy actualmente el representante de los Médicos Jubilados, se lo debo a él.

Recuerdo con cariño y con nostalgia, el día que paseando con mi mujer (q.e.p.d.), nos lo encontramos y con la educación y afabilidad que le caracterizaba me dijo: Pedrazina, se que te has jubilado recientemente. Me gustaría que fueras mi sustituto en la vocalía del colegio en las próximas elecciones y sobre todo, que intentáramos conseguir algo que vengo pensando desde hace tiempo y es que los mé-

dicos jubilados, nos reuniéramos, de vez en cuando, bien en el Colegio o donde fuera para vernos, charlar, recordar viejos tiempos y seguir unidos.

Aquello para mí, dado el cariño, respeto y admiración que le profesaba, fue como una orden. Entre los dos convocamos una reunión en el Colegio, que fue multitudinaria y desde entonces y ya va para 8 años, nos venimos reuniendo, gracias a él, de manera periódica y constante todos los jueves del año.

Ángel, mientras estuvo bien de salud, acudía puntualmente y sin faltar a la cita y a mí me maravillaba su saber estar, el respeto a la opinión de los demás, su extraordinaria memoria y cultura, sus enormes conocimientos de medicina y sobre todo, su sentido humanitario de la profesión, que yo ya sabía por mi padre, compañero y amigo de generación médica.

Mi padre, cuando yo inicié mis estudios de medicina en Salamanca, me decía con frecuencia, que el progreso de los pueblos, se cimentaba en tres pilares básicos: la enseñanza, la justicia y la medicina: cuando en más de una ocasión se lo comenté a Ángel, siempre me decía que él pensaba lo mismo y que por lo que a él le afectaba, en el terreno de la Medicina, había intentado ser siempre una persona entregada a su profesión.

La ciudad de Badajoz así supo entenderlo, agradecerlo y reconocerlo, y ya en vida, le nombró Hijo Predilecto de la ciudad, le dedicó una calle y su Colegio le concedió la Medalla de Oro, máximo galardón colegial, aparte de otras distinciones concedidas por diversas instituciones.

Yo, como compañero y amigo, siempre me enorgullecí de estos detalles, porque soy de los que piensan que los homenajes, deben darse en vida, para así los conozca el interesado y ello suponga un mayor estímulo de servicio para él y para la Sociedad. Los homenajes post-mortem, el primero que no se entera es el interesado y encima suponen una carga y compromiso moral para sus herederos, que muchos no son capaces de superar o al menos igualar.

Con la muerte de Ángel Quintanilla, desaparece, en sentido clásico, el último "Médico de Cabecera" de la ciudad de Badajoz.

Este término, clásico en la Historia de la Medicina, desgraciadamente y por circunstancias diversas (fundamentalmente políticas y sociales), ha ido desapareciendo. Ángel, junto a otros compañeros, ya ausentes, fue uno o quizás el mejor exponente de este tipo de Medicina. Medicina basada sobre todo, en el ojo clínico, en la humanidad y en la consideración, ayuda y respeto al enfermo. A falta de la tecnología actual, estos eran los parámetros en los que se basaba el quehacer médico diario. Medicina en la que a veces, con unas palabras bien dichas y sentidas, ayudabas al enfermo en el aspecto psicológico, quizás tanto o más que con cualquier fármaco. Sentarse a la cabecera del enfermo, como hacía él, hablar con el paciente de los problemas cotidia-

nos, cogerle la mano para transmitirle el calor y la confianza que necesitaba, no solo confortaba al paciente, sino que creaba la verdadera relación médico-enfermo, que casi todos los profesionales envidiamos y deseamos que un día volviera a existir.

Para Ángel, la noción del tiempo no existía. Ya jubilado, dedicaba la mayor parte del día a la visita de sus pacientes. Muchas veces, sin haber sido llamado, iba a visitar a los que él creía estaban más necesitados de ayuda y ya su sola presencia, era como un bálsamo reconfortante para el enfermo y para sus familiares. En definitiva, ayudó siempre a bien enfermar y sobre todo a bien morir.

Ángel Quintanilla vivió por y para la Medicina y murió con la dignidad y entereza de la gente de bien.

Yo soy creyente, aunque más bien poco practicante. Necesito creer en la existencia de otra vida, más que por fe, por sentido de la justicia. En consonancia con mi forma de pensar, equivocada o no, creo que es de justicia, que Ángel, este ocupando un lugar privilegiado en la otra vida.

Estoy absolutamente convencido que, desde allí, luchará a su manera para que la Medicina vuelva a ser la que él vivió y para que las nuevas generaciones, puedan volver a sentir el orgullo de ser y sentirse Médicos y así merecerse el cariño y el respeto que él supo ganarse con su esfuerzo y entrega personal a una profesión tan bella, tan bonita, tan sacrificada y tan noble como es la MEDICINA.

Descansa en paz, querido amigo y compañero.

Fdo. Manuel Pedraza Salazar
(Vocal Médicos Jubilados)



EL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ EXPRESA SU MÁXIMO SENTIDO PÉSAME A LAS FAMILIAS Y AMIGOS DE LOS COLEGIADOS FALLECIDOS

Actividades Colegiales Destacadas

DESDE PRIMEROS DE OCTUBRE
Y HASTA FINALES DE DICIEMBRE



Imagen tomada durante una de las clases en nuestro salón de plenos.

Se está realizando en el icomBA un curso de informática básica e internet para médicos jubilados que está contando con una nutrida asistencia.

12 DE NOVIEMBRE



El director de la escuela MIRAR Dr. Leopoldo Gil en su discurso en el acto de inauguración.

Celebramos el acto de inauguración de la escuela MIRAR de Olivenza. Contamos con la presencia de la consejera de Salud y Consumo Dra. Jerónima Sayagués, del alcalde de Olivenza D. Bernardino Píriz, del Presidente de nuestro colegio Dr. Pedro Hidalgo, del vicedecano de la Facultad de Medicina de la UEX Dr. Muñoz Sanz y del Director de la Escuela mirAR Dr. Leopoldo Gil. Al acto se sumaron también el Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres el Dr. Carlos Arjona, el Gerente de Área de salud de Badajoz Dr. Ramón López, el Director gerente de Fundesalud D. Felipe Sáez y el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Badajoz, D. Carlos Tardío. Tras una breve recepción en el ayuntamiento de Olivenza y una visita a la Casa de Misericordia nos dirigimos a la sede actual de la escuela MIRAR en el Instituto Puente Ajuda. Una abarrotada aula ocupada por los 78 alumnos de la misma escuchó atentamente los breves discursos de las autoridades. Se demandó una mejora de la sede de la misma y una mayor implicación de las autoridades en la continuidad del proyecto, a lo que se comprometieron todos los presentes.

11 Y 12 DE NOVIEMBRE



Imagen del acto inaugural presidido por el Dr. Eduardo Laguna (Director General de Asistencia Sanitaria del SES) con la presencia de nuestro Vicepresidente 1º Dr. Gil Correa. Foto / VIDARTE

Se celebró en el Hotel Zurbarán de Badajoz el IX Congreso de la Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición. En el acto inaugural nuestro Colegio estuvo representado por el Dr. Leopoldo Gil Correa, vicepresidente 1º del icomBA

15 AL 17 DE NOVIEMBRE



Se realizó en el Colegio Oficial de Médicos de Cáceres una mesa sobre "la Salud del Médico" bajo el patrocinio del Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos, donde intervino el Secretario General del icomBA, Dr. D. J.A. Becerra, en la mesa con el título "Mesa de Burnout en el Personal Sanitario".

16 DE NOVIEMBRE



Nos visitó en nuestra sede la Dra. Victoria López Blázquez, Medalla de Oro de nuestro Colegio, y en el transcurso de una entrevista con nuestro presidente sobre proyectos futuros de colaboración, hizo entrega de unos cuadros para la institución obra de artistas africanos relacionados con la ONG de la Dra. López



El Dr. Hidalgo presidiendo el acto de apertura del curso. (arriba)
Grupo de alumnos asistentes al curso. (abajo)

Se celebró el 2º Curso de la AFMCEX (Asociación para la Formación Médica Continuada de Extremadura) sobre las Claves en la redacción de artículos científicos inaugurando el Dr. D. Pedro Hidalgo, Presidente del icomBA y de la AFMCEX.

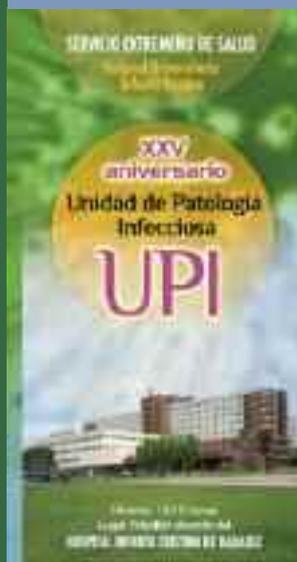
Actividades Colegiales Destacadas

29 DE NOVIEMBRE



Se ha celebrado en la sede de la OMC en Madrid una Jornada sobre Jubilación y Pensión del Médico, a la que asistió el presidente del icomBA, Dr. Hidalgo.

30 DE NOVIEMBRE



Se inauguraron las mesas redondas que organiza la Unidad de patología Infecciosa del Hospital Universitario Infanta Cristina con motivo del XXV aniversario de su fundación. El acto inaugural estuvo presidido por la consejera de Salud y Política Social, el Rector de la UEX, el presidente del icomBA y el Director de estas Mesas Redondas y Jefe de la Unidad de Infecciosas, el Dr. Agustín Muñoz Sanz.

24 DE NOVIEMBRE



Se celebró el XXIII Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia en el Palacio de Congresos de Badajoz, donde se desarrolló hasta el sábado 26. De forma simultánea acogió la I Reunión Hispano-Lusa de Colposcopia gracias a la colaboración de la Sociedad Portuguesa de Ginecología. El acto de inauguración estuvo presidido por el presidente del icomBa Dr. Pedro Hidalgo..

5 DE DICIEMBRE



Se celebró una reunión informativa en torno a la convocatoria ECOE 2011, con representantes de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) y de la junta directiva y la asesoría jurídica del icomBA

En Portada

“El sistema sanitario sigue siendo injusto al ser obligatorio y no permitir la decisión del ciudadano”



DR. ENRIQUE MORENO GONZÁLEZ

Jefe del Servicio de Cirugía General y Trasplantes Abdominales del Hospital Doce de Octubre

Vino a pronunciar una conferencia en la festividad del patrón de la Facultad de Medicina, comió en Badajoz y excusó la sobremesa porque tenía que viajar a Madrid esa misma tarde. El motivo, que tenía que operar a las tres de la mañana. Así de activo permanece el Dr. Moreno González (Siruela, 1939), toda una referencia mundial en cirugía y trasplantes, innovador en las técnicas quirúrgicas actuales, y con una larga lista de reconocimientos a su labor profesional, que puede resumirse en el Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica que recibió en 1999. Medalla de Extremadura y Doctor honoris causa por diferentes universidades, entre ellas la Universidad de Extremadura, nos habla para Médicos de Badajoz sobre diferentes asuntos de actualidad.

¿Mantiene relación con Extremadura?

De mi padre aprendí a respetar a “mis paisanos” tratando, como él decía, de ayudar en cualquier momento a sus necesidades y muy especialmente al tratamiento de las enfermedades que contraigan. Mis padres están enterrados en Extremadura, al igual que mi abuelo y el resto de la familia desgraciadamente fallecida. Mantengo relación constante con mis paisanos, pero voy por Siruela muy poco para lo que desearía ir.

¿Qué le parece el modelo sanitario público español?

Me parece excelente, mucho mejor que el italiano, el francés, el inglés y muy especialmente del sistema griego o de los gobiernos de los países de Europa del Este. Us-

tedes saben que en la Comunidad de Madrid se han abierto ocho nuevos hospitales y se han remodelado otros tres con nuevos edificios y mejor soporte informático y técnico, como son los ejemplos del Hospital de la Cruz, Hospital Doce de Octubre y Hospital de Majadahonda. Los hospitales se remodelan en todos los sentidos, ofertando habitaciones individuales, con las mismas comodidades que una clínica privada.

¿Qué medidas cree que se deberían tomar para garantizar su sostenimiento?

Esto corresponde sin duda a los legisladores y a los consejeros de economía de las diferentes comunidades. Sin embargo, los logros sociales dependen en la práctica de la

política económica, ya que una situación de crisis como la actual (de crisis económica pero también de los valores religiosos, éticos y morales), si los ciudadanos no trabajamos más, no nos tomamos muy en serio la idea de que sin eficiencia y responsabilidad en el trabajo no mejorará el desempleo ni los niveles de pobreza actuales.

Los gobiernos precisan obtener los re-

“El programa de trasplante hepático en Extremadura es excelente, de ahí los buenos resultados que están obteniendo”

curso económicos de las cuotas del salario de los contribuyentes, de las empresas, de los bancos, de los inversores, de los patrimonios, de todas las actividades fiscales, herencias, compras y ventas de inmuebles, fincas y un interminable etcétera. Por lo tanto, si no hay empleo, si la “crisis” empobrece las empresas, derrumba las empresas pequeñas y/o familiares, si se reducen las compras de viviendas, los movimientos de capitales, la actividad empresarial en general, reduciéndose al mínimo los gastos familiares, etc., etc.; los gobiernos autonómicos no dispondrán de respaldo económico que permita un progresivo mayor gasto de la factura hospitalaria y farmacéutica.

La única forma de mantener la sostenibilidad es mejorar la economía en general de este país. Sin embargo, el sistema sanitario continúa siendo injusto. En primer lugar porque es obligatorio y no permite la decisión del ciudadano. En segundo lugar porque el enfermo no puede decidir en qué comunidad desea ser tratado, pagándose la factura sanitaria individual; y en tercer lugar porque no permite el reembolso, es decir, si un enfermo es tratado en una clínica privada, el estado no permite el reembolso parcial o total de los gastos que este procedimiento habría desencadenado en su hospital público de referencia.

¿Se considera bien "pagado" en su trabajo?

Trabajar en un hospital como el Doce de Octubre es sin duda un privilegio vocacional, con la ventaja, en relación con un centro privado, que podemos permitirnos aspectos como la docencia e investigación, así como proyectos clínicos complejos. Otra cosa completamente distinta es si los médicos nos encontramos "bien pagados".

Desgraciadamente los sueldos en los hospitales son completamente ridículos para el esfuerzo y vocación de los profesionales que trabaja en ellos. Yo soy uno más, "enganchado" por la intensa actividad que desarrollamos en nuestro Servicio, ya que el salario de un mes no permite a los profesionales mantener un nivel de vida correspondiente a un universitario, que ha estudiado durante toda su vida y que empieza a darse cuenta de que aún precisa de la ayuda familiar que sus padres mantuvieron durante tantos años con la ilusión de hacer a sus hijos un buen médico y universitario.

¿Qué opinión le merece el programa de trasplante hepático en Extremadura?

El programa de trasplante hepático en Extremadura es excelente, de ahí los buenos resultados que están obteniendo. Como ya expuse a D. Juan Carlos Rodríguez Ibarra y a su consejero de sanidad entonces, D. Guillermo Fernández Vara, Extremadura necesitaba tener un grupo dedicado al trasplante hepático porque sin duda mejoraría también el tratamiento de los enfermos hepatobiliares.

¿Cuáles son las perspectivas de futuro en el trasplante hepático?

En principio hemos cubierto una etapa importante en el Hospital Doce de Octubre. En cuanto a los donantes hemos conseguido demostrar que los hígados procedentes de personas fallecidas en edad avanzada (hasta los noventa años) pueden, con una selección especial, ser utilizados; así mismo, los donantes en asistolia, los injertos afectados por enfermedades benignas aisladas (quistes hidatídicos, hiperplasia nodular focal, hemangiomas, traumatismos con destrucción parcial del hígado, etc.). También incluimos hace años la utilización de injertos procedentes de donantes vivos y la utilización de un solo hígado para dos receptores (split liver). En este futuro inmediato intentamos aplicar los estudios de laboratorio a la actividad clí-

ca, en la infusión de hepatocitos cultivados para el tratamiento del coma hepático terminal o para el fallo hepático fulminante.

¿Qué nos deparará el futuro inmediato? Es difícil de predecir, por un lado en la búsqueda de un animal transgénico, que se dedique a la alimentación del humano, intentando aportar un número de donantes (xenotrasplante o heterotrasplante) muy superior a las necesidades de la sociedad, con lo cual la excelente organización para la detección de donantes quedaría solo reducida.

Por otro lado en la repoblación celular de prototipos de conservación del estroma hepático, para que estas células puedan llegar a producir un órgano nuevo absolutamente compatible al ser donante y receptor del mismo.

De cualquier forma lo más importante es la profilaxis de la enfermedad hepática, la moderación en la ingesta etílica, el control de la obesidad. Es importante recordar que disminuirá la infección viral, primero con la vacunación VHB, por otro con el conocimiento de las vías de infección y propagación VHC, con este control se reducirá de forma marcada la aparición de hepatocarcinomas, aunque no de los restantes tipos de tumores malignos primitivos.

¿Qué le hubiera gustado realizar en su especialidad que no haya sido posible?

Mi especialidad es suficientemente amplia, toda vez que la cirugía general acoge en su ámbito a las endocrinopatías quirúrgicas, cirugía del esófago y del tracto intestinal hasta el orificio anal, así como las enfermedades hepatobiliares, pancreáticas, junto con las esplenopatías quirúrgicas y enfermedades retroperitoneales, salvo las urológicas.

Una vida dedicada al tratamiento quirúrgico del cáncer en todas sus áreas es suficiente. Sin embargo habría deseado estudiar e investigar más y haber tenido antes, como tengo ahora, un instituto dedicado al tratamiento de cáncer, enfermedades hepatobilio-pancreáticas y trasplante de órganos abdominales, donde continuamos nuestra actividad en el trasplante pancreático, intestinal y multiorgánico (cluster).

Una vida profesional tan intensa y dilatada como la suya, ¿le ha permitido compaginarla con su vida personal?

Difícilmente. He tenido un primer matrimonio del cual tengo cuatro hijas excelentes, todas licenciadas en Medicina y en la

actualidad estoy casado con una maravillosa mujer, María, con la cual he tenido dos hijos varones, Javier y Enrique, y esperamos para este diciembre la llegada de nuestro tercer hijo a quien, en recuerdo de mi padre y de mi hermano, llamaremos Juan Pedro.

Independientemente me gusta pasear, pensar, estudiar, jugar al tenis, esquiar y volver cuando puedo a nuestros encinares y nuestra gente.

"En mi vida profesional habría deseado estudiar e investigar más y haber tenido antes, como tengo ahora, un instituto dedicado al tratamiento del cáncer"

¿Qué les diría a las nuevas generaciones de cirujanos que empiezan ahora su formación?

Que no lo piensen, que a pesar de la escasa respuesta social la Cirugía General, con mayúsculas, es la especialidad más maravillosa para ayudar a nuestros enfermos. El camino será duro, necesitará de un importante sobreesfuerzo, que hagan oídos sordos de los cantos de sirena político-laborales y pongan, como Ulises, cera en sus oídos. La Cirugía General se halla reñida con la laboralización a 35, 43 o 45 horas. Que no acepten en su maravilloso ministerio las limitaciones que recuerdan a una granja de animales. Nosotros, por encima de los políticos, no queremos reducir nuestras responsabilidades, pero deseamos una carrera profesional justa, deslaboralizada.

El porvenir es de nuestros jóvenes, son ellos los que no deben dejarse manipular porque conocen perfectamente las necesidades del enfermo.

¿Qué avances médicos de las últimas décadas cree que han sido más importantes para su ejercicio profesional?

Sin duda el desarrollo del conocimiento de la actual fisiopatología, de la inmunología clínica y muy especialmente de las infecciones, creando servicios mixtos clínico-microbiológicos. De la misma forma el nacimiento y desarrollo de las unidades de cuidados especiales en los enfermos en situación crítica y los avances en la anestesiología, dando lugar a los especialistas actuales, quienes tienen una gran base en la nueva farmacología, la farmacocinética y la fisiopatología cardiorrespiratoria. ■

Enrique Moreno junto a la consejera de Salud y Política Social y el presidente del icomBA en su visita a la Facultad de Medicina de Badajoz.



Reportaje



Dr. Manuel Fernández Chavero

Vocalía de Medicina Privada por Cuenta Ajena del icomBA
 medprivadaca@colegiomedicobadajoz.org

El médico ante el final de la vida

Vivimos en un mundo de cambios vertiginosos. Los descubrimientos tecnológicos de los últimos años han superado, con creces, siglos enteros de nuestra existencia. El ser humano es el único ser de la naturaleza dotado de raciocinio y conciencia. Es decir, somos capaces de discernir la ocurrencia y pertinencia de nuestros propios actos; tal es así que somos capaces de emitir un juicio moral instantáneo sobre muchísimas cuestiones sin necesidad de poseer conocimientos académicos para ello. Es decir, existe una ética personal, individual, que tan solo depende de nuestras propias conciencias.

Somos también capaces de emitir juicios morales razonados y analizados. Esto nos llevaría a conceptos como Bioética y la Ética Filosófica. Y, en algunas profesiones, somos capaces de regularnos mediante una serie de principios y normas que nos conducirían a la Deontología.

Por otro lado, también somos capaces de elaborar leyes y normas de obligado cumplimiento por los ciudadanos y encaminadas a garantizar una convivencia pacífica, lo cual nos conduce al Derecho.

La Bioética, es decir la Ética aplicada a las Ciencias de la Salud, ha sido una necesidad de ciertas profesiones para intentar ajustarnos a los cambios tecnológicos (acelerados y en progresión constante) sin tirar por la borda nuestro humanismo. Tecnología y humanismo constituyen una relación asimétrica; pues si bien la primera no parece tener final el humanismo es más sosegado y pausado; necesitamos, por tanto, revisar ideas para no caer en contradicción con nuestros propios avances, para que la tecnología no nos ahogue, para que no asfixie



Ponentes del Seminario (de izda a dcha): Dr. Rocafort, Prof. Dr. Sádaba, Dr. Hidalgo, Ilmo. Sr. Rodríguez y Dr. Casado.

nuestras conciencias y que al mismo tiempo, sin embargo, nos permita un progreso moral.

Nuestro Colegio es sensible a estas cuestiones como no podía ser de otra manera.

De esta sensibilidad surgió la idea de organizar una jornada sobre el Médico ante el Final de la Vida. Todos sabemos que han surgido nuevas cuestiones que nos inquietan y preocupan. La vida ha cambiado demasiado rápido y nuestras conciencias, como personas y como médicos, se han quedado rezagadas. Necesitamos respuestas. Cuestiones como el

Aborto, la Muerte Digna, Cuidados Paliativos, la Sedación, Eutanasia etc. nos crean confusión moral, académica y laboral.

Así pues estos cuatro conceptos: Ética,

Bioética, Deontología y Derecho, había que hacerlos confluir en la Jornada sobre el Médico ante el Final de la Vida; entendíamos que los cuatro convergen de manera directa sobre el acto médico, sobre la responsabilidad ética y moral que se deriva del mismo y también sobre la responsabilidad legal, administrativa o penal, que pudiera conllevar nuestra conducta asistencial.

Ateniéndonos a estos requisitos la mesa quedó constituida como sigue:

Profesor Dr. D. Javier Sádaba Garay: Aspectos Éticos del final de la vida.

- Ilmo. Sr. D. Ricardo Rodríguez Fernández: Marco Jurídico del final de la vida.
- Dr. Javier Rocafort Gil: El final de la vida desde la perspectiva del Médico.
- Profesor Dr. Mariano Casado Blanco: Aspectos Deontológicos en relación al final de la vida.

El Profesor Sádaba, Catedrático de Ética y Filosofía de la Religión de la Universidad Autónoma de Madrid, nos vino a decir, tras una magnífica ponencia, y sobretodo en el apartado de preguntas y respuestas, que se considera antidogmático, en tanto en cuanto los dogmas encorsetan e impiden el progreso moral. Se declaró pro-abortista y pro-

Nuestro Colegio es sensible a estas cuestiones como no podía ser de otra manera. De esta sensibilidad surgió la idea de organizar una jornada sobre el Médico ante el Final de la Vida



El salón de actos del Colegio se llenó ante el interés del seminario.

eutanásico. Nos vino también a decir, que la Deontología, es en realidad la aplicación de los grandes principios éticos universales a una determinada profesión.

El Ilustrísimo Sr. D. Ricardo Rodríguez Fernández nos expuso de manera clara, razonada pero también contundente, algo que nos preocupa de manera especial a los médicos asistenciales: La Responsabilidad Legal de nuestros actos. Existen varios conceptos distintos que conllevan también responsabilidades distintas: así se habla de Eutanasia Activa y Pasiva que a su vez se subdividen en Directa e Indirecta. El Código Penal Español condena siempre la Eutanasia Activa Directa. En el resto de los casos, así como en el resto de los países de nuestro entorno, las legislaciones y las normativas no siempre son homogéneas ni uniformes.

El Dr. D. Javier Rocafort Gil, Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, y pionero en Extremadura de los mismos, llamó la atención e interés de toda la sala por su implicación, vehemencia y entusiasmo en su especialidad y en la forma que tienen en sus Unidades de afrontar el final de la vida. Nos quiso transmitir, y creo que lo consiguió, que unos Cuidados Paliativos bien desarrollados y protocolizados pudieran ser la mejor solución y quizás también el final del debate de la Eutanasia sí/ Eutanasia no.

Para que así sea es imprescindible que

estos profesionales de Cuidados Paliativos atesoren a partes iguales conocimientos, humanismo y sensibilidad. Pues cuando nuestras vidas ya no son más que un pasaje para la otra, ellos deben estar ahí facilitándonos la facturación de nuestro equipaje vital; por todo lo cual tienen que ser los garantes de todos los principios éticos y deontológicos de la profesión médica.

El Dr. D. Mariano Casado Blanco, Pre-

recta la Atención Médica al Final de la Vida en su Capítulo VII y de manera indirecta en algunos más.

El éxito de esta Jornada no hay que buscarlo en ella misma; el auténtico éxito no es otro que haber sentido la "necesidad" de su celebración. La necesidad de los médicos de querer saber "estar" y querer saber "actuar" al final del camino. La Medicina ha evolucionado hasta unos

niveles de complejidad técnica, científica y emocional impensables hasta no hace mucho. Hemos pasado de una Medicina Paternalista, basada casi de manera exclusiva en el Principio de Beneficencia a una Medicina donde han irrumpido con fuerzas nuevos Principios como los de Justicia y Autonomía.

Todo ello nos ha obligado a un cambio de "chic" para aceptar que ya no

tratamos con nuestro enfermo sino con nuestro paciente/cliente; con un paciente/cliente cada vez con mayor nivel de formación y exigencia; formación y exigencia que han ido desembocando en el Consentimiento Informado, Testamento Vital, Rechazo Terapéutico y un largo etc. que, estoy seguro, servirán de base para futuras Jornadas que volverán a llenar a rebosar el salón de actos de nuestro Colegio. ■

El Ilustrísimo Sr. D. Ricardo Rodríguez Fernández nos expuso de manera clara, razonada pero también contundente, algo que nos preocupa de manera especial a los médicos asistenciales: La Responsabilidad Legal de nuestros actos. Existen varios conceptos distintos que conllevan también responsabilidades distintas: así se habla de Eutanasia Activa y Pasiva que a su vez se subdividen en Directa e Indirecta

sidente de la Comisión de Deontología de nuestro Colegio, Vocal Nacional en la Comisión Central de Deontología, Profesor de Medicina Legal en nuestra Facultad de Medicina. Su ponencia, de una calidad pedagógica extraordinaria, vino a mostrarnos los aspectos deontológicos en relación con el final de la vida.

El nuevo Código Deontológico, que ha visto recientemente la luz tras dos años de trabajo y que sustituye al hasta ahora vigente del año 1999, recoge de manera di-

ENTREVISTA CON... FRANCISCO JAVIER SÁDABA GARAY

“La eutanasia debe ser un derecho cuando las circunstancias lo requieran”



FRANCISCO JAVIER SÁDABA GARAY

Filósofo y Catedrático de Ética

¿Está el ser humano preparado para el final de la vida?

Es sorprendente que siendo la muerte la sombra de la vida, se aprenda cualquier oficio y se olvide, o se intente olvidar, que uno ha de morir. Todo contribuye a tal olvido. Por un lado, la presión de la sociedad, que introduce la ficción de que somos eternamente jóvenes y, por otro, el miedo que tenemos a enfrentarnos con una realidad ineludible.

¿Ve la eutanasia como una posibilidad?

Por supuesto que es una posibilidad. Yo añadiría que debe ser también un derecho cuando las circunstancias lo requieran. En tales circunstancias destaca la libertad clara del paciente. Naturalmente para que esto se lograra debería cambiar la legislación española.

¿Son los cuidados paliativos un derecho del ser humano?

Según la reciente ley de muerte digna hay que garantizar el derecho a los cuidados paliativos. Pero una cosa es garantizarlos teóricamente y otra, aplicarlos de verdad. Por cierto, el primer país que ha puesto en práctica tal derecho ha sido Bélgica. Deberíamos imitarle. Sólo añadir que el paliativismo alivia el dolor pero no el sufrimiento que, más allá del daño físico, se muestra intratable. Por eso, un paliativismo que se enfrente radicalmente a la eutanasia no me parece justo.

Su último libro habla del amor. ¿Es necesario en este último tramo de la vida?

El amor se puede enfocar desde muchas perspectivas. En lo que atañe al amor al final de la vida, suele hablarse de ortotanasia. A mí me parece que esto está muy bien siempre que no se limite ese bien morir a una concepción religiosa que niega la eutanasia en cuanto tal. Al final de la vida tal vez lo que más desea uno es que los que le quieren se lo demuestren con toda la ternura posible. El final no se evitará, pero podrá ser el mejor final posible.

¿Qué papel cree que tiene el filósofo en la sociedad actual?

Creo que el de siempre, es decir, señalar aquello que habitualmente se oculta, incitar a que seamos críticos y autocríticos, y luchar con todas sus herramientas contra el engaño y el autoengaño. Hoy esa tarea es difícil ante un poder que todo lo domina. El filósofo de verdad debería ser lo suficientemente valiente como para enfrentarse con ese muro. Y, cosa importante, de la misma manera que debe estar en contacto con lo que sucede en la vida cotidiana, ha de tener el oído atento a los desarrollos científicos. Sólo así su palabra no quedará en mera retórica.

¿Falta reflexión?

Sin duda. Me parece que es un defecto fundamental de nuestros días. Todo colabora a que no nos parecemos y miremos al mundo y a nosotros mismos para orientar nuestra vida y hacer todo lo posible para ser felices con nosotros mismos y con los demás. ■

Ha publicado más de veinte libros sobre filosofía, teología y ética y en la actualidad ejerce como Catedrático de Ética y Filosofía de la Religión en la Universidad Autónoma de Madrid, después de dar clases en universidades tan conocidas como Columbia en Nueva York o Oxford y Cambridge del Reino Unido. Javier Sádaba (Portugalete, Vizcaya, 1940) es uno de los filósofos más reconocidos de nuestro país. Hombre sencillo en el trato, que reconoce que disfruta viendo fútbol, especialmente a su Athletic de Bilbao, atendió con amabilidad las preguntas de Médicos de Badajoz.





Dr. Remigio Cordero Torres
Jefe de Estudios de los Médicos MIR

¿Cuántos médicos necesitamos?

La Edad Moderna de la planificación médica se inicia con el GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) Report de 1981. En este informe se calculaba que en el 2000 se produciría un excedente de 145.000 médicos en EEUU. El congreso suspendió el aporte federal a las Facultades de Medicina. Esta decisión hizo que a partir de 1982 aumentara el número de médicos residentes graduados en el extranjero e hizo necesaria una revisión por el COGME (Council on Graduate Medical Education) en 1992: se calculó un excedente de 80000 médicos en el año 2000. Se concluía también en el informe que existía un desequilibrio entre el excesivo crecimiento del número de especialistas (que pasaría de 123 a 152/100.000 habitantes en 2010) y un escaso número de generalistas (concepto que en EEUU incluye a Médicos de Familia, Internistas y Pediatras) estable y deficiente (67/100.000 habitantes). La Recomendación COGME 110/50/50 aconseja la formación anual de 110 médicos por millón de habitantes con una dedicación posterior a la práctica generalista del 50% y otro 50% al resto de especialidades.

La iniciativa de planificación más destacada en España ha sido la Propuesta para Cataluña del año 2000 (Comisión coordinadora del COMB, Decanos Facultades de Medicina e Instituto de Estudios de la Salud) que recomendaba a las Facultades de Medicina ofertar anualmente 1 plaza/10.000 habitantes (600 plazas) y a partir de 2010 incrementar anualmente 10-15 plazas ajustando la oferta a las modificaciones del mercado laboral y del proceso educativo. Aconsejaba también mantener los recursos disponibles para formación básica y



postgraduada. A pesar de esta iniciativa planificadora la situación actual en Cataluña presenta importantes desajustes entre la oferta y la demanda de plazas de formación sanitaria especializada.

Mantener la formación total en el número actual con alrededor del 50% de plazas de formación postgraduada para medicina familiar y otro 50% para especialidades hospitalarias parece razonable

La planificación del número de médicos en Extremadura presenta algunas ventajas en relación a otras comunidades: la población se mantiene estable en las últimas décadas; la provisión es casi totalmente pública y permite conocer con bastante precisión el número de médicos y su especialidad. Además la

distribución es más homogénea entre los distintos grupos de edad. Así, mientras que el 40% de los médicos españoles tienen más de 50 años en Extremadura sólo el 20% de los médicos del SES superan esa edad. Esto hará que el pico de jubilaciones esperable a partir de 2025 sea en Extremadura mucho menos desestabili-

zador. Mantener la formación total en el número actual con alrededor del 50% de plazas de formación postgraduada para medicina familiar y otro 50% para especialidades hospitalarias parece razonable.

Gabriel Tortella en el prólogo de su libro "El desarrollo de la España contemporánea" compara la tarea del economista con la partida de croquet de Alicia en el país de las maravillas. Ese juego utilizaba erizos hechos bola como pelotas, flamencos como mazos y sirvientes de la reina de corazones como arcos. La partida resultaba complicada porque los flamencos doblaban el cuello para estudiar a quien los blandía, los erizos abandonaban la postura esférica y emprendían la marcha y los arcos, impacientes, se erguían y movían en todas las direcciones. Cuando el economista tiene perfilado su modelo una perturbación le trastoca los supuestos y lo deja inservible. El escenario en el que se desarrolla la práctica médica cambia continuamente y el desarrollo de nuevas tecnologías hace que unas especialidades se desarrollen y otras vean que su campo es accesible a los generalistas. La troncalidad dotará de una mayor flexibilidad al sistema de formación que le permita adaptarse a los cambios en los patrones de morbilidad y a las innovaciones tecnológicas. ■

**Dr. Mariano Casado Blanco**

Presidente de la Comisión Deontológica de IcomBA.
Vocal de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la O.M.C.

Guía de la Sedación en la Agonía

Todos reconocemos que un paciente con enfermedad terminal, puede presentar en los momentos finales de su vida algún síntoma que le puede ocasionar un sufrimiento insoportable, y que a la hora de dar una respuesta médica puede resultar difícil e incluso imposible de controlar.

En estas situaciones, al médico se le plantea la posibilidad de hacer disminuir la conciencia del paciente para de esta forma garantizarle dentro de lo posible una muerte serena, acto que se lleva a cabo mediante la correspondiente medida adecuada de sedación.

Si hablamos de sedación en sí misma, creo que se puede decir que no es ni buena ni mala, ahora bien lo que puede transformarla en algo que ética y deontológicamente sea aceptable o reproducible es tanto el fin que busca como las circunstancias en que es aplicada. El Código de Deontología Médica nos recuerda en su artículo 36.1 que "el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aún cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida".

Pero igualmente, el Código impone al médico dos deberes preferentes como son el de respetar tanto la vida como la dignidad de todos los pacientes y el poseer conocimientos y competencias suficientes para poder prestar una asistencia de calidad profesional y humana.

Con todo esto, se pueden generar ideas confusas relacionadas con la sedación en la agonía, tanto en la propia sociedad como entre los médicos, lo cual implica importantes controversias y dilemas, en sus aspectos tanto clínicos, éticos, legales, religiosos e incluso ideológicos y además como suele ocurrir con otras muchas cuestiones, quienes no conocen o no están habituados con una serie de conceptos, indicaciones e incluso la técnica de la sedación o poseen una carencia de experiencia en

medicina paliativa, pueden llegar a confundir la sedación con una forma encubierta de eutanasia.

Por todo ello es necesario tener criterios, tanto conceptuales como técnicos, acerca de la naturaleza, las indicaciones, el consentimiento del paciente y un largo listado de cuestiones, que nos hagan ver que si la sedación en la agonía está bien indi-

cados, insuficientes, tratamientos excesivos o incluso al abandono del paciente.

De esta forma, el pasado día 10 de noviembre, se presentó la "Guía de la Sedación Paliativa", cuya elaboración ha sido un trabajo conjunto llevado a cabo por la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) elaborando este documento con el objetivo primordial de que pueda servir de guía para la buena praxis y para la correcta aplicación de la sedación paliativa.

En primer lugar, la Guía hace una descripción de la sedación paliativa indicando que se trata de "la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios", la cual puede ser aplicada de una forma bien continuada o intermitente y su profundidad se gradúa buscando el nivel de sedación mínimo del paciente para así poder lograr el alivio sintomático.

En la Medicina actual, la sedación en la agonía debe ser un recurso final aunque con la consideración de un tratamiento adecuado y específicamente indicado para aquellos pacientes que presentan sufrimientos intolerables y que no responden a los tratamientos adecuados.

Si hablamos de sedación en sí misma, creo que se puede decir que no es ni buena ni mala, ahora bien lo que puede transformarla en algo que ética y deontológicamente sea aceptable o reproducible es tanto el fin que busca como las circunstancias en que es aplicada

cada, bien realizada y autorizada por el paciente o en su defecto por la familia, constituye una buena praxis médica.

Una vez más recordamos que en una medicina humana y actual no tiene cabida la incompetencia terapéutica ante el tema del sufrimiento terminal, que pudiera llevar a la aplicación de tratamientos inadecuados, insuficientes, tratamientos excesivos o incluso al abandono del paciente.





La Guía de la Sedación Paliativa, continúa haciendo repaso conceptual a una serie de términos y aspectos que tienen relación con la sedación paliativa y que no siempre están muy claros y donde se incluyen el consentimiento informado, la enfermedad incurable avanzada, la enfermedad o situación terminal, la situación de agonía, el síntoma refractario y el síntoma difícil, hasta la descripción de los propios cuidados paliativos.

Ética y deontológicamente, la Guía establece una clara diferencia entre Sedación Paliativa y Eutanasia, y así establece que “la frontera entre ambas se encuentra en la intención, en el procedimiento empleado, y en el resultado. En la sedación se busca disminuir el nivel de conciencia, con la dosis mínima necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario. En la eutanasia se busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a dosis letales, para terminar con el sufrimiento del paciente”.

La sedación paliativa implica para el enfermo renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte y tiene también para su familia importantes efectos psicológicos y afectivos. Por ello se defiende que la decisión de recibir sedación paliativa, tiene que ser el resultado de una deliberación sopesada y una reflexión compartida acerca de la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica. Además, la sedación ha de estar siempre bien indicada y bien efectuada, siendo por ello elementos fundamentales de su aplicación; el consentimiento, la administración de fármacos a dosis adecuadas y la evaluación.

El documento hace una serie de indicaciones para aplicar la sedación paliativa, entre otras, que exista un sufrimiento intenso causado por síntomas refractarios, entendidos como aquellos que no pueden ser adecuadamente controlados con los tratamientos disponibles, que el enfermo o en su defecto la familia, haya otorgado el adecuado consentimiento informado y que el enfermo haya tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Con todo ello, nos podríamos plantear la cuestión de si la Sedación implica renunciar a experimentar conscientemente la propia muerte. A ello se puede responder que este tema es una decisión de profunda significación antropológica que no puede tomarse a la ligera por el equipo médico, sino que ha de ser resultado de una deliberación sopesada y compartida acerca de la ineludible necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica. Por ello aconseja al médico que, si tiene dudas para aplicar la sedación paliativa, debe solicitar el parecer de un profesional

médico experimentado en el control de síntomas, dejar constancia razonada en la historia clínica e informar de sus decisiones a otros miembros del equipo asistencial.

La Guía hace una relación explicativa de los fármacos para este tipo de tratamiento y la vía adecuada para suministrarlos y recomienda revisar periódicamente el nivel de sedación, dejando constancia en la historia clínica de su evolución y además se considera necesario evaluar el estado emocional de las familias, proporcionando siempre presencia, comprensión, disponibilidad y privacidad.

Este documento es la culminación de algo que comenzó con la declaración de la “Ética al final de la vida” que elaboró la Comisión Central en el año 2009 y que posteriormente se vio plasmada en el capítulo VII del Código de Deontología Médica en su capítulo VII, en el

que se aborda la sedación en la agonía como algo “científica y éticamente correcto sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”, artículo 36.5. ■

De esta forma, el pasado día 10 de noviembre, se presentó la “Guía de la Sedación Paliativa”, cuya elaboración ha sido un trabajo conjunto llevado a cabo por la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)



Dra. Mª Victoria López Blázquez
Médica y Directora de medicusmundi Extremadura
Medalla de oro del icomBA

¿La medicina tropical es sólo para el trópico?

Hace años hablar de malaria, dengue, leishmaniasis o tantas otras enfermedades parecía una cosa importante sólo para organizaciones como medicusmundi y para los médicos que habíamos decidido trabajar en geografías lejanas y casi desconocidas.

Hace unos años eran pocos los españoles que viajaban a esos destinos exóticos y entraban en contacto con culturas diferentes, con comidas de sabores imposibles, y en ocasiones con problemas de salud cuyos síntomas eran completamente nuevos.

Hace unos años eran muy pocos los extranjeros de América Latina, Asia o África que decidían probar mejor fortuna en nuestro país en busca de una vida mejor.

Pero todo eso empezó a cambiar hace ya casi veinte años y la llamada globalización hizo del mundo una aldea donde los viajes y los cambios de residencia son una constante y donde, por tanto, cada vez es más fácil encontrar en cualquier punto del planeta lo que antes era exclusivo de un rincón muy determinado. Ha ocurrido con las frutas (papayas, lichis, mangos, maracuyá, etc.), con las comidas (arepas, rollitos de primavera, pollo con cacahuets,...), pero desgraciadamente también con las enfermedades.



Hace veinte años eran pocas –demasiado pocas– las instituciones que en nuestro país

tropicales”, sufrían del estigma de ser casi invisibles, de estar olvidadas pese al elevado número

“Hoy, más de veinte años después de que buena parte de las enfermedades tropicales no sean sólo problema de los trópicos, el proceso formativo de los profesionales de la salud apenas incorpora estos contenidos de manera formal y reglada”

se preocupaban por este tipo de enfermedades que bautizadas así, como “enfermedades

de personas que las padecían en el mundo y de la facilidad con la que, hace tiempo, podían haberse investigado tratamientos que las remediasen.

Esas enfermedades tropicales, sin embargo, poco a poco fueron haciéndose presentes en nuestros Centros de Salud y en nuestros Hospitales. Primero, de la mano de quienes habían pasado una temporada en Ecuador, Camerún o

Camboya, lo que obligó (al fin de al cabo eran pacientes españoles) a poner en marcha campañas informativas para prevenir en lo posible contraer esos males y contagiarlos, y a crear centros de referencia que se ocupaban de las en aquel momento llamadas “enfermedades tropicales y del viajero” y a donde se enviaba a aquellos pacientes que respondían al binomio de síntomas infrecuentes y viaje exótico.

Y finalmente, cuando no estábamos preparados para ello en las consultas, cuando los inmigrantes vinieron a aportar su fuerza de trabajo a nuestra economía y comprendieron que tenían derecho a ir al médico si estaban enfermos, las enfermedades tropicales se hicieron muy presentes en nuestro sistema de salud. Y

nos sorprendieron sin estar preparados para ello, cuando era algo previsible.

¿Cuál fue, -y en buena medida sigue siendo- el problema? La falta de formación de los facultativos. Hoy, más de veinte años después de que buena parte de las enfermedades tropicales no sean sólo problema de los trópicos, el proceso formativo de los profesionales de la salud apenas incorpora estos contenidos de manera formal y reglada. En la carrera de medicina las referencias son escasas, en la estadía como MIR sólo se menciona cuando de bruces se da uno con ello; pero luego, en el desempeño del trabajo diario surge la necesidad de dar una respuesta profesional ante los casos que se presentan. Los médicos, entonces, deciden buscar una formación específica como la que, de modo puntual, se facilita en los llamados cursos de medicina tropical (en el caso de Extremadura ha habido varias iniciativas en este sentido, en muchas de las cuales medicusmundi ha estado presente en concierto con la Consejería de Salud, la Facultad de Medicina y otras instituciones) que no son más que una ligera capa de barniz que trata de cubrir una muy amplia superficie, y que se cursan de manera voluntaria,



en la mayor parte de las ocasiones a costa del propio tiempo personal.

Esta situación que acabo de describir no es exclusiva de Extremadura, está generalizada en España, y la consecuencia es, en ocasiones, el incorrecto diagnóstico; y en muchas, la excesiva demora en el acceso al centro especializado. Por ello, tristemente, encontramos de tiempo en tiempo noti-

cias en la prensa, o en nuestros círculos profesionales, que nos hablan del aumento de un tipo de infecciones infrecuentes que amenazan, supuestamente de pronto, con convertirse en un problema de salud pública.

Como en tantos otros ámbitos de la medicina, la solución primera está en una buena capacitación de los profesionales

des que sufren los pacientes de nuestro cupo y que necesitan de soluciones que debemos aportar desde la propia consulta del médico de familia, y para ello necesitamos estar formados, y que esa formación esté en el tronco de nuestros estudios.

Además, es posible que así consigamos un efecto secun-

“Estas enfermedades no han dejado de ser tropicales, y es verdad que siguen siendo enfermedades del viajero; pero también, cada vez más, son enfermedades que sufren los pacientes de nuestro cupo y que necesitan de soluciones”

sanitarios, en una adecuada formación que dé respuesta a la que, hoy por hoy, no es una realidad exclusiva de lugares antes exóticos, sino de nuestros pueblos extremeños. Estas enfermedades no han dejado de ser tropicales, y es verdad que siguen siendo enfermedades del viajero; pero también, cada vez más, son enfermeda-

dario muy beneficioso. Que aumente el interés y la preocupación por problemas que diariamente afectan a millones de personas en el mundo y que carecen de investigaciones suficientes y de tratamientos eficaces; porque, quizás interesen las enfermedades tropicales, pero ¿a quién le interesan los enfermos del trópico? ■





Dr. Juan Diego Jiménez Delgado
 Médico intensivista del Hospital de Don Benito-Vva
 Director del Proyecto REXDAPTO

Nace GIEX

El pasado 25 de Octubre, en la ciudad de Badajoz y con la presencia del presidente del Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz Don Pedro Hidalgo Fernández y del presidente de la Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEXMICYUC) Don Francisco Javier Tejada Ruiz, se dio el pistoletazo de salida a la formación del GIEX (Grupo de Investigación Extremeño). Nace en el seno de la SEXMICYUC y está compuesto por un conjunto de Médicos Intensivistas con representación de todos y cada uno de los Servicios de Medicina Intensiva de nuestra región, con un interés común en la investigación y sin ningún ánimo de lucro. Es un grupo abierto, donde cualquiera puede promover y dirigir sus proyectos, ponerlos en común para que participen todos los Servicios de Medicina Intensiva de Extremadura y participar en los que propongan los otros miembros del grupo. Es de reciente comienzo y abierto a la incorporación de nuevos miembros con el mismo fin.

El primer proyecto con el que nace este grupo se ha denominado REXDAPTO (Registro Extremeño de Daptomicina en pacientes críticos), dirigido por el doctor Juan Diego Jiménez Delgado, actualmente adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Este adjunto explica la necesidad de investigar para poder progresar: "Hay que conocer perfectamente de donde partimos y como trabajamos, para poder avanzar y ofrecer cada día una mejor asistencia médica a nuestros pacientes".

La sepsis grave es una de las causas más frecuentes de

ingreso hospitalario y una de las primeras causas de mortalidad. Es la responsable de 1 de cada 5 ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) y es la principal causa de muerte en las UCIs no cardiológicas. En España la incidencia es de 104 casos por 100.000 adultos/año con una mortalidad hospitalaria del 20,7% y la incidencia de shock séptico es de 31 casos por 100.000 adultos/año con una mortalidad hospitalaria del 45,7%. Estas cifras son similares a las reportadas en otros países europeos. En los últimos años ha habido avances importantes en el conocimiento de la epidemiología, fisiopatología y en el tratamiento de la sepsis. Varios estudios, que han sido publicados en la última década, demuestran que los diferentes tratamientos e interven-



nae y *Enterococcus* spp., siendo la bacteriemia, la neumonía y la infección de partes blandas los principales síndromes clínicos. Además en muchas ocasiones presentan resistencias a múltiples antibióticos, lo que dificulta sobremanera su tratamiento. En los últimos años se han desarrollado unos nuevos

CORE, como el europeo, EU-CORE, nos ayudaron a conocer al manejo inicial de este nuevo antibiótico, pero estos registros se pararon por distintos motivos ajenos a nuestra voluntad. En la actualidad y con la generalización de su utilización, disponer de la información real de cómo se utiliza, en qué circunstancias y con qué resultados, proporcionan unos datos valiosos que no se encuentran en los ensayos clínicos, en los que se incluyen pacientes estandarizados, que en muchas ocasiones distan bastante de la realidad de nuestras unidades. Por esa razón creemos de utilidad la realización de un nuevo registro a nivel extremeño, que nos ayude a evaluar el uso de este fármaco en nuestras unidades, en nuestros paisanos, para así poder mejorar nuestra asistencia y hacerla cada día más eficaz y eficiente.

Tanto el GIEX como la SEXMICYUC ya tienen preparado otros proyectos de investigación que se iniciarán a primeros del 2012, e invita a todas sociedades científicas y a todos los médicos, sean de la especialidad que sean, a colaborar con ellos y se prestan a dar toda la colaboración que se les solicite con este fin investigador. ■

El primer proyecto con el que nace este grupo se ha denominado REXDAPTO (Registro Extremeño de Daptomicina en pacientes críticos), dirigido por el doctor Juan Diego Jiménez Delgado, actualmente adjunto del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena

ciones pueden disminuir la mortalidad de la sepsis grave. En los últimos tiempos se ha detectado a nivel mundial un aumento constante de las infecciones graves causadas por gérmenes grampositivos, principalmente *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumo-*

fármacos con actividad frente a microorganismos grampositivos multiresistentes como linezolid, tigeciclina y daptomicina. Este último es un lipopéptido cíclico con una rápida actividad bactericida. Los datos obtenidos de los primeros registros, tanto el americano,

Ponga su seguro en las mejores manos y ahorre hasta un 30%

En A.M.A. buscamos lo mejor para usted ofreciéndole siempre **LAS MAYORES VENTAJAS Y LAS MEJORES CONDICIONES**. Por eso ahora podrá aprovecharse de hasta un **30% DE DESCUENTO*** en la contratación de una nueva póliza con nosotros. **Confíe en A.M.A. Ahorrará en sus seguros. Ganará en tranquilidad.**

HASTA UN
30%
DE DESCUENTO

Infórmese en el **902 30 30 10**, en su oficina más cercana o en **www.amaseguros.com**

*Promoción válida del 1 de junio al 31 de diciembre de 2011



www.amaseguros.com

¿Qué le pides al 2012 para la profesión médica?



DR. OSWALDO DELGADO GONZÁLEZ. Médico de Atención Primaria. Guareña.

Para el próximo año pido medida, que las limitaciones presupuestarias no sobrepasen lo éticamente asumible. Pido fortaleza, que nuestro esfuerzo personal sea suficiente para que ni nuestros pacientes, ni nuestros gerentes se sientan defraudados por nuestras actuaciones. Pido inquietud, que nos ayude a seguir con la inacabable formación que indudablemente tiene que continuar. Pido valor, que nos permita afrontar las dificultades de este difícil año. Pido comprensión, nuestra profesión está llena de complicaciones y afortunadamente nos equivocamos muy poco. Pido protagonismo, la potenciación de la atención primaria solucionaría muchas de las deficiencias de nuestro actual Servicio de Salud. Y finalmente, pido pasión que siempre se necesita en la vida.



DRA. ÁNGELA OLLERO ORTIZ . Médico Interno Residente de Neurología

Para el 2012 yo deseo PACIENCIA Y COMPRENSIÓN para todos. Para los médicos, porque son tiempos difíciles y debemos comprender que hay que hacer un gran esfuerzo y sacar el máximo rendimiento a nuestro trabajo con los medios disponibles. Para los políticos, porque deben comprender que la salud es un derecho universal y nosotros únicamente luchamos para tener la mejor sanidad para nuestros enfermos. Y por último, para los pacientes, los más afectados, cuya paciencia y comprensión nos ayudarán a superar este bache.



DRA. ROCÍO MORALES GÓMEZ. Médico Internista. Hospital Infanta Cristina. Badajoz

Como médico novel, tras completar el período formativo, me enfrento a una nueva etapa, marcada por la situación económica actual. Lo que le pido al año próximo, es que se cumplan las expectativas laborales de todos los médicos que finalizan su formación; que después de tanto esfuerzo, tengan su recompensa.



DR. LUIS MANUEL BARRENA SANTANA. Médico Interno Residente de Medicina Interna.

Pues para el nuevo año, con que no empeore la cosa, ya me va bien. Pero me gustaría que fuera un año de estabilidad y de respeto. Estabilidad para los compañeros que sufren contratos por guardias, días e incluso horas, ilegales en cualquier otro gremio. Y respeto, por parte no sólo de los usuarios, que a veces nos ven como enemigos cuando estamos para ayudarles, sino especialmente por parte de las instituciones y de los políticos que las dirigen, que a veces toman decisiones sin pensar en que los médicos, y todos los que trabajamos en sanidad, tenemos familia y necesidades como los demás.



DR. RAFAEL RAMOS FERNÁNDEZ DE SORIA. Hematólogo. Hospital de Mérida.

Para este difícil año que se nos presenta pediría que los ajustes que vamos a soportar no mermaran la calidad sanitaria que prestamos, ni nos hiciera cambiar nuestro más que aceptable modo de atender a los pacientes. Que todos asumamos, tanto sanitarios como usuarios, que el modelo actual va a sufrir modificaciones, esperando que dichos cambios sean lo menos traumático posible.

DR. SERGIO MATITO CELAYA. Médico Interno Residente de Medicina familia y comunitaria.

Apreciados Reyes Magos y demás divinidades (Papa Noel, El Ratoncito Pérez etc...) os pido para este nuevo año 2012 que los extremeños y extremeñas sean mas cuidadosos con su salud y mas prudentes a la hora de utilizar el SES. Para los administrativos del SES, paciencia con nosotros y que no traspapelen los escritos, sobre todo nuestras guardias. Para las técnicas de limpieza que no les pisen y que no nos falten nunca. Para los celadores, auxiliares y diplomados en enfermería (ATS, enfermeros) mas humanidad, si cabe, con los pacientes y comprensión con los facultativos. Para los médicos luz, mucha luz para no equivocarse y Santa Paciencia. Para los residentes de MFyC del SES pido menos soledad y mas formación (hay que estudiar más). Para los directores y demás altos cargos del SES pido seriedad y sensatez en sus decisiones y masajes antiestrés cada dos semanas. Para nuestra nueva consejera pido que sienta Extremadura como parte de ella y que no olvide que gobierna personas. Para mi pido que todos los que he nombrado tengan siempre una sonrisa para mostrar y que sean muy felices y sobre todo que no se cumplan las profecías de los Mayas para este año.



DR. MANUEL ROBLES MARCOS. Médico Intensivista del Hospital Infanta Cristina de Badajoz

Para el 2012, desearía una mayor confianza de las instituciones sanitarias en el desarrollo de la profesión médica, autonomía sin injerencias en la labor diaria de los profesionales como ha ocurrido estos años atrás, que la relación médico-paciente discorra con la confianza y respeto necesario entre los dos, que desaparezca el intrusismo sanitario y se nos respete la libertad de prescripción basada en la evidencia científica y por último que nuestra obligación de una formación médica continuada se arbitre de tal manera que permita seguir los nuevos avances científicos de nuestra carrera profesional.



DRA. CECILIA MATILDE GÓMEZ MÁLAGA. Médico Pediatra EAP Talavera la Real

Como médico me gustaría que los políticos sigan apostando por una sanidad pública de calidad. Como pediatra de atención primaria (a.p.), que haya equidad en las condiciones de trabajo entre todos los pediatras de a.p. (recursos, tsi, enfermería pediátrica), que se fomenten las medidas de coordinación y colaboración entre pediatras y otros profesionales de la salud., tanto de atención primaria como hospitalaria, especializada y servicios de apoyo. Que, a pesar de las dificultades, nuestro colectivo siga con ilusión, motivación y dedicación atendiendo a nuestros pequeños pacientes y sus familias en un clima de respeto y responsabilidad.



DR. JOAQUÍN ASENSIO ROMERO. Radiólogo. Jefe de servicio de Radiodiagnóstico.

Hospital Don Benito-Villanueva.

Como médico y parte integrante de nuestra sociedad civil, le pediría al 2.012 que de nuevo el médico, nosotros, adoptemos el rol fundamental que como agentes del enfermo tenemos en la Sanidad, que salgamos de nuestro abatimiento e indolencia y recuperemos nuestro sitio fundamental en la Sanidad Pública. Que ésta deje de estar secuestrada por los políticos y pase realmente a ser tema fundamental de debate de la sociedad civil y que ésta sea la que demande, exija, una reforma profunda del Sistema. Nunca lo harán los políticos ya que a ellos no les conviene. Feliz Año Nuevo



DR. ÁLVARO MARTÍN PÉREZ. Médico de Urgencias

Definitivamente, al próximo año, el 2012, le pido estabilidad laboral. En esta época de crisis y recortes, la profesión médica está sufriendo un deterioro en sus condiciones de trabajo que se extiende por todas las especialidades y afecta, de manera más acuciantes, a aquéllos que empezamos no hace mucho y nos deja en situaciones, a veces, poco dignas. Por esto, si es por pedir, le pido al año entrante, no sólo poder trabajar, sino poder hacerlo con una estabilidad que contribuya a una mejor atención al paciente y al propio médico.





Juan Calixto Galán Cáceres
Fiscal de la Audiencia Provincial de Badajoz



La Pericial Médica. Una prueba trascendente en el proceso penal

El día 14 diciembre, bajo los auspicios del Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz y por especial deferencia de la Junta Directiva de esa Institución que preside D. Pedro Hidalgo tengo (Dm.) el honor de presentar una publicación sobre la prueba pericial, y que he titulado "La Pericial Médica. Una Prueba trascendente en el proceso penal", texto que esencialmente pertenece a la Ponencia que con idéntico epígrafe desarrollé recientemente en el mes de octubre en el seno de la programación del XVIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Jornadas a las que acudí como en otras ocasiones a petición expresa de las Asociación Española

de Derecho Sanitario, y en concreto por su Presidente, D. Ricardo de Lorenzo, muy sobresaliente Abogado y Autor de

"Me he permitido realizar una serie de consideraciones sobre la prueba pericial que, sin lugar a dudas, es una prueba esencial cuando estamos en presencia de un juicio penal y de lo que se trata es precisamente de averiguar si el enjuiciado, sea médico, personal sanitario o cualquier otra persona, ha inferido o no un daño a alguien"

infinidad de publicaciones en el ámbito del Derecho Sanitario.

Y aunque ciertamente D. Ricardo, ya consagrado amigo, me incentivó intelectualmente y me ayudó a explorar el apasionante marco del Derecho Sanitario, es lo cierto que mi primer mentor y la primera persona que me puso en contacto con esta especialidad fue mi querido amigo D. Francisco Téllez de Peralta, otrora Presidente de este Colegio de Médicos, y a cuya instancia comparecí en diferentes ocasiones por toda la provincia impartiendo unas charlas y participando en los posteriores debates con numerosos facultativos colegiados, que convirtieron aquellos momentos en episodios inolvidables por la riqueza de las aportaciones y por la extraordinaria simbiosis de mutuo enriquecimiento. Luego vinieron Congresos y

otros foros donde he realizado diversas publicaciones, sobre todo de contenido y comentarios jurisprudenciales en el proceloso mundo de la medicina legal, rama del ordenamiento jurídico, que representa un sector de continuo desarrollo, y donde hay mucho por fijar y determinar.

Así las cosas, y precisamente tomando como cierta referencia el Anteproyecto de la Lerm que fue abortada en su iniciativa legislativa, me he permitido realizar en mi pequeña aportación y que tendrán a su disposición en breves fechas, una serie de consideraciones sobre la prueba pericial, que sin lugar a dudas, podemos afirmar sin riesgo de error, que es una prueba en gran medida determi-

La prueba pericial se convierte en el auxilio principal que un Juez o Tribunal tiene para decidir en uno o en otro sentido, y por tanto de la certeza, calidad y fiabilidad de la prueba pericial realizada, podemos afirmar que los pilares del proceso se mantendrán en pie o desgraciadamente sucumbirán para el imputado o perjudicado

nante del resultado de cualquier pleito o litigio, pero especialmente esencial, cuando estamos en presencia de un juicio penal y lo que se trata es precisamente de averiguar si conforme a la legislación vigente, el enjuiciado sea médico, personal sanitario o cualquier otra persona, ha inferido o no un daño a alguien y en qué medida es o puede ser responsable del mismo con carácter delictivo.

Por ello, la prueba pericial se convierte en el auxilio principal que un Juez o Tribunal tiene para decidir en uno o en otro sentido, y por tanto de la certeza, calidad y fiabilidad de la prueba pericial realizada, podemos afirmar que los pilares del proceso se mantendrán en pie, o desgraciadamente sucumbirán para el imputado o perjudicado, según la pericia se desarrolle en un ámbito de competencia e imparcialidad,

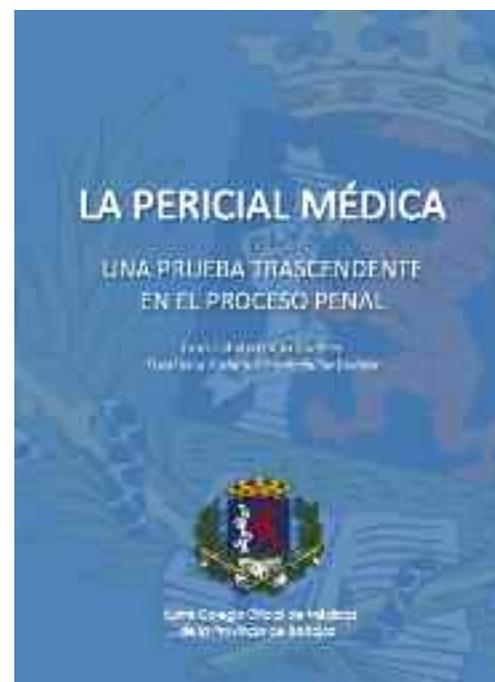


que por la trascendencia de la misma, ambos valores, deben ser llevados a la máxima expresión.

El perito médico no siempre va a evaluar errores antecedentes de sus compañeros, en muchas ocasiones se trataría de constatar cualitativa y cuantitativamente situaciones objetivas en el marco de una lesión o enfermedad de la que no es responsable ningún facultativo, ni ninguno de sus ayudantes en la actividad sanitaria, pero son supuestos no menos importantes, como la sanidad y las secuelas de las lesiones de un accidente, la peritación de una incapacidad, o la sanidad mental de una persona que supuestamente ha cometido un delito para imputarlo de modo ordinario o adoptar medidas psiquiátricas al respecto, y en definitiva en otros muchos casos, cuya prolijidad hace imposible ocuparnos en estas breves líneas.

Por mi experiencia vital y profesional, la profesión sanitaria, en general, es de las más tributarias a nivel vocacional. Yo lo he vivido personalmente en los 25 años que mi esposa (q.e.p.d) desarrolló su labor como enfermera en diferentes servicios, y de ella aprendí, que en general, el colectivo sanitario (médicos y ayudantes) se entregan por completo a un trabajo muchas veces no reconocido, ni retribuido de modo suficiente, y más en los tiempos que corren, donde desgraciadamente para todos, el auge de la medicina defensiva nos lastra a médicos y pacientes.

Sin embargo, el avance de la medicina es imparable y del éxito de sus retos nos va en ello –literalmente- la vida, y a los operadores jurídicos se nos encomienda unas tareas valorativas que exigen indiscutiblemente mucha serenidad y prudencia, ya que el Estado de Derecho ofrece resortes y garantías para dar respuesta a todas las situaciones que se plantean, por



complejas que sean, y con carácter preferente, en la responsabilidad sanitaria deberían marcarse con mucha más definición que tipo de supuestos merecen reproche penal (el de mayor enjundia y gravedad para los intervinientes), y cuales son merecedores de resarcimientos civiles o administrativos, ya que innegablemente los médicos, personal facultativo y paciente, tenemos un derecho ineludible a esa seguridad jurídica del modo que proclama el Art. 9 de nuestro texto constitucional.

Pues bien, en este sentido, espero que mi breve aportación, redirigida a todos los integrantes de ese Colegio Profesional pueda resultarle en algún extremo útil, en lo que al desarrollo de la pericial médica refiere, o al menos que las consideraciones médico-legales efectuadas le induzcan a la reflexión necesaria que a todos no es exigible, en la medida en que prestamos y participamos de un servicio cuyos destinatarios son nada menos- que todos los ciudadanos. ■

Biblioteca del ICOMBA

M^a José Tena Mateos
Licenciada en Documentación



Laura Álvez Barragán
Diplomada en Biblioteconomía



El legado de OLAVIDE

Como ya comentamos en el artículo anterior, la Biblioteca de textos antiguos del icomBA cuenta con un gran número de monografías muy interesantes y valiosas. La aparición de una de las primeras ediciones de la obra "Dermatología general y Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis" escrita por el Dr. D. José Eugenio Olavide, nos ha llevado por su interés histórico, a escribir este artículo a modo de homenaje al que es considerado el padre de la Dermatología española.

D. José Eugenio Olavide Landazábal nació en Madrid el 6 de septiembre de 1836, donde estudió medicina en el Hospital de San Carlos. Tras acabar los estudios marchó a París donde trabajó durante dos años especializándose en cirugía, seguramente siguiendo los pasos de su padre, quien también fue cirujano.

A su regreso a Madrid, y tras ocupar distintos cargos oficiales entre los que podemos destacar ser médico de las familias reales, de Amadeo de Saboya y de Alfonso XII, en 1861 consiguió una plaza

de médico cirujano en el Hospital de San Juan de Dios, creado para atender "a los llagados pobres", enfermos de piel y enfermedades venéreas. Sería aquí donde nacería su interés por la Dermatología, que hasta entonces no había sido cultivada en España, convirtiéndose así en el primer dermatólogo español.

Como técnica para poder recordar las enfermedades vistas en el Hospital, Olavide comenzó a realizar una serie de láminas en las que plasmaba las diferentes patologías dermatológicas con las que se encontraba. El tratado "Dermatología general y Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis" nace de la idea de publicar estas láminas en forma de fascículo, lo que explicaría que nuestra colección de láminas se encuentre incompleta.

Al final de la publicación en fascículos, la obra se encuadró en dos volúmenes. El primero de ellos consta de una extensa primera parte titulada "Discurso preliminar, ideas de dermatología general como introducción al estudio de las afecciones de la piel o dermatosis" en la que el autor narra la Historia de la Dermatología, ade-

más de las características de la piel y algunas de sus lesiones principales. La segunda parte de este primer volumen, "Clínica de las enfermedades de la piel", puede dividirse en 3 partes: la primera, (6 lecciones) sobre dermatosis parasitaria, la segunda (7 lecciones) sobre dermatosis pseudoexantemáticas y la tercera (13 lecciones) sobre dermatosis constitucionales.

En la biblioteca de libros antiguos del Colegio podemos encontrar estas dos últimas partes, tanto las "Lecciones teórico-clínicas sobre las dermatosis pseudo-exantemáticas ó congestiones e inflamaciones cutáneas agudas idiopáticas y estudio comparativo de sus lesiones con las demás lesiones cutáneas de forma elemental análoga" datada en 1874; como las "Lecciones teórico-clínicas sobre las dermatosis constitucionales", fechada en 1880, en las que Olavide advierte tras el título "tomadas taquigráficamente por dos socios del Instituto Taquigráfico Español" advirtiendo que "por sus muchas ocupaciones, quedan tal como se han pronunciado y sin la corrección necesaria", prueba de la premura que tenía en verlo publicado.



"Dermatología general y Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis" por Dr. D. José Eugenio Olavide.



Dr. D. José Eugenio Olavide (1836 – 1901).



Lámina litografiada doble, representando un paciente de cuerpo entero. "Psoriasis herpético subagudo y generalizado desde su origen".



Lámina ilustrada por D. José Acevedo. "Lepra Anestésica (Tercer Periodo)".

El más encumbrado de los dos es el segundo volumen "Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis" que cuenta con un total de 165 láminas litografiadas en color (6 de ellas dobles, representando a pacientes de cuerpo entero), cuya tirada (si deducimos del sello que contiene cada una con una numeración de 4 cifras) podría ser de 1000 ejemplares. Ilustradas por José Acevedo a pie de enfermo, en ellas se refleja la corriente pictórica realista de la época. En nuestra biblioteca se conservan 42 de ellas, una de las cuales es doble.

En ellas se describe las historias clínicas de los pacientes, incluyendo todo lujo de detalles sobre su vida personal y circunstancias sociales, una práctica impensable en nuestros días, pero justificada en la necesidad de demostrar su veracidad.

Debido a las características de su lujosa edición se convirtió en una obra excesivamente cara para la época. De no haber sido por el apoyo del que fuera ministro de Fomento del gobierno de Amadeo I, D. Manuel Ruíz de Zorrilla, su alcance hubiera sido mucho menor.

Los ejemplares sitos en el Colegio de Médicos tienen el sello de la antigua Academia Provincial de Ciencias Médicas de Badajoz, la que fuera iniciada, fundada y presidida por Benito

Crespo y Escoriaza en 1870, y que tenía "por objeto reunir en un centro común las inteligencias y actividades de todo los profesores de ciencias médicas de esta provincia, que quieran pertenecer a dicha Corporación, para procurar el adelantamiento de la ciencia y el decoro y bienes-

Los ejemplares sitos en el Colegio de Médicos tienen el sello de la antigua Academia Provincial de Ciencias Médicas de Badajoz, la que fuera iniciada, fundada y presidida por Benito Crespo y Escoriaza en 1870

tar de los que la profesa", tal y como recogía en sus estatutos. Esta Academia sería el "preludio" del Colegio de Médicos provincial.

Merece la pena mencionar aquí que en los esfuerzos de Olavide por divulgar sus conocimientos dermatológicos, en 1882

crearía el museo de moldes de cera San Juan de Dios, que a su muerte, en 1901, pasaría a llamarse museo Olavide.

Era práctica habitual para la enseñanza de la Medicina la utilización de figuras de cera, que permitían reproducir en tres dimensiones y bastante fieles a la realidad, las diversas alteraciones patológicas de la piel. Tal era su parecido con los originales que de una de las piezas más llamativas, la de un niño tumbado de lado sobre un colchón, se cuenta que años después de realizada la figura, este mismo niño, ya adulto, se reconoció en la misma durante una visita al hospital y, de hecho, quiso comprarla. El hospital se negó por lo que aun se puede observar esta interesante figura.

Por todo ello, y por lo que el legado de Olavide representa en la Historia de la Medicina, les invitamos a que visiten la biblioteca y contemplen su obra, ya que desde el punto de vista médico, además de ser una colección de cuadros clínicos que en buena parte son ya sólo históricos, incita al interesante ejercicio de comparar los diagnósticos y los tratamientos empleados por este ilustre dermatólogo, con los que se harían hoy.

"Dermatología general y Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis" es hoy una lectura deliciosa para médicos, además una constituir toda una joya para los bibliófilos. ■

CONCURSO Tarjetas 2011 Navidad



1er PREMIO • Luz de Navidad
Autor: Rafael Gil Castelao (9 años)
Dra. M^a del Carmen Castelao Caldera
Colegiada n^o: 06/06/05277



2º PREMIO • Navidad para todos
Autor: Alberto Vázquez Campillejo (5 años)
Dr. Fernando Vázquez Fuentes
Colegiada n^o: 06/06/05588



3º PREMIO • Esperando a los Reyes
Autora: Claudia Morales Martínez (5 años)
Dra. M^a Teresa Martínez Rey
Colegiada n^o: 06/06/04910

PROGRAMA

- 17:00 h. Recepción de los niños en el Salón de Actos.
17:15 h. Actuación del Mago Emilio Santos
18:00 h. Recepción de SS.MM. los Reyes Magos de Oriente. Entrega de regalos a los niños que han remitido su carta*
19:30 h. Chocolatada
20:00 h. Fin de fiesta

Palacio de Congresos "Manuel Rojas" de Badajoz

miércoles 4 de enero

fiesta
Reyes
2022

CARTA A LOS REYES MAGOS

para hijos/nietos de médicos colegiados de entre 2 y 9 años de edad

Queridos Reyes Magos

Enterado/a por mis papás/abuelos de la visita que harán al Colegio de Médicos de Badajoz en la tarde del día 4 de enero, deseo comunicarles que pasaré a saludarles.

Un besito

El niño/a _____
de _____ años de edad
Hijo/nieto del colegiado (nombre) _____
número _____

IMPORTANTE

Entregar o enviar a: Colegio de Médicos. Avda de Colon 21 Planta 2. 06011. BADAJOZ
También se aceptaran email con los datos completos y remitidos a info@colegiomedicobadajoz.org.
Poner en sobre o en asunto: "CARTA A LOS REYES MAGOS"
PLAZO DE ENTREGA DE CARTAS: Viernes 30 de diciembre de 2011.

Manuel Arrobas Vacas

La Cofradía de los 12 Apóstoles

Trabajar para vivir o vivir para trabajar. Terrible dilema que requiere una actitud con el fin de lograr el equilibrio emocional necesario para la subsistencia. En nuestra profesión, como en cualquier otra, además de la dedicación primordial de la mayoría dirigida al aspecto galénico, que algunos incrementan con el docente y de investigación, conviene dirigir la actividad hacia otros campos diferentes de lo meramente sanitario o académico. Algunas de estas actividades complementarias, y necesarias, están relacionadas con el mundo cultural, el campo científico o artístico y, cómo no, con intereses solo lúdicos. Facetas del acontecer -diario u ocasional- que sirven de válvula de escape y permite liberar de, o contrarrestar, la presión psíquica connatural con el ejercicio de la profesión. Y también generada por las exigencias, no siempre razonables, de la sociedad a la que atendemos, o por el peso -a veces agobiante- de la estructura jerárquica en la que estamos inmersos.

Hace más de veinte años, entre un grupo de personas de Badajoz (amigos y conocidos) surgió la idea de realizar una actividad culinaria. Bajo la excusa del buen comer, se trataba de dedicar parte del tiempo libre, y de forma periódica, a cocinar en común, lo que para la mayoría de los convocados era algo aún en pañales. Se formó así una asociación con vocación de tertulia, la 'Asociación Tertulia Gastronómica los Apóstoles', que fue debidamente registrada (oficialmente) en el gobierno civil de la época con el número 1507. Naturalmente, desde su nacimiento la asociación está acogida a unos estatutos cuya finalidad primera es el fomento de la cultura en relación con la gastronomía.

El cincuenta por ciento de los miembros de la recién creada asociación eran (y siguen siendo hoy) médicos y personas relacionadas con la medicina, como modernos receptores del testigo que otros médicos portaron antes, en una actividad tan sedimentada en el gremio. Se inició la andadura por los años noventa. Al principio, sin local de reunión fijo. Se iba, errantes como cíngaros del buen yantar, con la vajilla y la cubertería propias (hechas en un artesano de la provincia, de buena porcelana, con el



anagrama de la asociación apostólica). Tras dos años compartiendo local con la 'Asociación de Amigos de la Cocina Extremeña' y animados -en verdad, obligados- por un grupo de no presuntos 'chorizos' que se apoderaron, sin permiso de ningún apóstol,

Hace más de veinte años, entre un grupo de personas de Badajoz (amigos y conocidos) surgió la idea de realizar una actividad culinaria. Bajo la excusa del buen comer, se trataba de dedicar parte del tiempo libre, y de forma periódica, a cocinar en común, lo que para la mayoría de los convocados era algo aún en pañales

de gran parte de nuestro menaje, se decidió asentar y dejar las peregrinaciones. Para ello, se fijaron las reuniones en un hermoso y amplio local sito en una populosa barriada de Badajoz. El local, hoy sede de la peña, nuestro santuario, dispone de todo lo necesario para ejercitar el arte de la buena cocina (cocina industrial, frigorífico-congelador, lavaplatos), amén del imprescindible y amplio menaje. Esto permite a los cofrades reunirse mensualmente para disfrutar de la comida y de la conversación.

La pareja responsable de cocinar en cada turno, pues se establecieron seis parejas como colegas de cocina, debe servir un menú completo, como se hace en cualquier restaurante que se precie. Todo esto acompañado de sus correspondientes bebidas, desde los buenos vinos (lo que no significa vinos caros) de la región o de las mejores zonas vitivinícolas españolas, hasta pócimas (en poca cuantía) de mayor graduación. Es habitual, casi la norma, que participe en las reuniones algún ilustre invitado (el invitado es ilustre por el sencillo hecho de ser 'nuestro' invitado, con independencia de que su categoría o perfil sea más o menos importante). El ilustre suele deleitar a los cofrades con su saber, su cultura y su experiencia personal, laboral o profesional. Siempre -faltaría más- se respeta la diversidad ideológica que caracteriza a los apóstoles. Para acabar, además de una exposición pictórica permanente, del no menos ilustre artista Toto Estirado, hay otras actividades culturales: presentación de libros, viajes programados con intención gastronómica, catas de vinos y conferencias periódicamente realizadas, sin abusar. En definitiva, una gratificante y nutritiva forma de evasión.

Que ustedes se lo monten bien. Nosotros, los apóstoles, ya lo hacemos. ■

Triple estreno: Clase B, Clase M y nuestras ganas de volver a sorprenderte. Te esperamos en Automoción del Oeste, S.A.

En Mercedes queremos volver a impresionarte. Por eso, te esperamos en el concesionario para presentarte el nuevo Clase B y el nuevo Clase M. Tenemos condiciones financieras especiales para ti. Déjate sorprender por los nuevos Mercedes-Benz y no falles a la cita.



Mercedes-Benz

AUTOMOCIÓN DEL OESTE, S.A.

Concesionario Oficial Mercedes-Benz

Avda. Ricardo Carapeto, 135. Tel.: 924 25 44 11. BADAJOZ. / Ctra. Nacional 630, Km. 555,6. Tel.: 927 23 86 86. CÁCERES.

Ctra. Valverde, s/n. Tel.: 924 31 35 15. MÉRIDA. / Antonio José Castellano Ortega, 2. Tel.: 924 55 39 06. ZAFRA.

Avda. Martín Palomino, s/n. Tel.: 927 42 64 60. PLASENCIA. / Canalejas, 47. Tel.: 924 80 85 70. DON BENITO.

www.aosa.mercedes-benz.es

Ideas que nos
**descubren
el futuro.**



Audi Q3.
Nuevos tiempos. Nuevas expectativas.
youtube.com/AudiQ3

¿Cómo viviremos en el futuro? ¿Cómo entenderemos el espacio, el diseño, la movilidad? Para avanzar a todas esas expectativas nace el nuevo Audi Q3, el último SUV de Audi. Compacto, espacioso y eficiente, el nuevo Audi Q3 viene dotado con motores TDI y TFSI, sistema Start-Stop, tracción quattro® y cambio S tronic. Además, se distingue por un amplio interior que optimiza el espacio y que utiliza las tecnologías más innovadoras, como el MMI navegación plus con conexión a Internet y acceso a los mapas de Google Earth. Tan innovadoras que se avanzan a su tiempo.

Audi Q3 de 140 a 211 CV (103 a 155 kW). Emisión CO₂ (g/km): de 138 a 179. Consumo medio (l/100 km): de 5,2 a 7,7.

Centrowagen

Ctra. Madrid-Lisboa, km 399
06008 Badajoz
Tel. 924 20 74 75

Av. Reina Sofía, 28
06800 Mérida
Tel. 924 38 70 09

Av. Vegas Altas, 99
06400 Don Benito
Tel. 924 81 06 28