



Octubre 2015

axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



Celebración del Día del Médico Jubilado



¿Recuerdas hasta dónde querías llegar?

Es hora de buscar nuevas metas.

Sí, ha sido un trayecto apasionante. Cada obstáculo, cada reto, cada barrera te hace más fuerte. Más seguro. Más decidido. Estar justo donde querías estar, te impulsa a marcar nuevos límites y superarlos. Un viaje para compartir con el nuevo Audi Q7. Una revolucionaria generación que incorpora de serie la tracción quattro® e innovadoras opciones como el eje trasero direccional que le aporta agilidad, el sistema de iluminación inteligente Audi Matrix LED, el cuadro de instrumentos digital Audi virtual cockpit o la tercera fila de asientos para tener hasta 7 plazas. Un SUV más potente y eficiente gracias a la técnica de construcción ligera. Diseño, deportividad y eficiencia para marcar un brillante comienzo. www.audi.es/q7

**Nuevo Audi Q7.
Es solo el principio.**



Valladolid Wagen

Av. de Burgos, 54
Tel. 983 36 09 91
47009 Valladolid



Nuevo Audi Q7 de 272 a 333 CV (200 a 245 kW). Emisión CO₂ (g/km): de 149 a 193. Consumo medio (l/100 km): de 5,7 a 8,3.

Prueba en exclusiva el Nuevo Audi Q7 y aprovéchate de las ventajas del acuerdo del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS con VALLADOLID WAGEN.



Hace unos días el Foro de la Profesión Médica del que forman parte la Organización Médica Colegial, federación de sociedades científicas, Consejo de Comisiones nacionales de especialidades, Conferencia de Decanos de Medicina, confederación de estudiantes de Medicina y Sindicato Médico, han decidido no continuar conversando con el Ministerio de Sanidad por los continuos incumplimientos por parte de éste de los acuerdos firmados por ambos en presencia del Presidente del Gobierno.

Dichos acuerdos pretendían que ambas partes contribuyeran a mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud mediante el desarrollo de una serie de acciones que aportarían mejoras en la eficiencia y por tanto en su sostenibilidad.

Por otro lado los objetivos de estabilidad presupuestaria acordados entre el Gobierno de España y la Unión Europea establecen una disminución del porcentaje de PIB destinado a sanidad de casi un punto respecto al año anterior. Por mucho que pudiera crecer este producto interior bruto no bastaría para tener un presupuesto sanitario suficiente que nos equiparase a otros países de nuestro entorno social.

Es en este escenario en el que los médicos tenemos que seguir haciendo nuestro trabajo, y lo haremos con la misma dedicación que siempre, sin olvidarnos de reclamar no sólo lo que se nos ha quitado, sino también lo que creemos justo por nuestra calificación y responsabilidad.

Una tarea añadida y muy importante es hacer ver a la población que los que más se juegan en esta situación son ellos; que disponemos de un sistema sanitario público, incluido MUFACE, de primer nivel, envidiado por muchos países; y que cualquier alternativa sería mucho más cara y mucho menos equitativa y justa.

Esperemos que no sea verdad esa estrategia consistente en financiar cada vez menos al sistema público para provocar su mal funcionamiento y, una vez que se produzca, que sea la mayoría de la población la que vea con buenos ojos cualquier cosa que se les ofrezca en aras a una supuesta modernidad, haciendo olvidar que esa supuesta eficiencia alcanzada a través de compras centralizadas, modelos retributivos que reconozcan el esfuerzo y la especial dedicación, estructuras directivas reducidas a lo mínimo necesario y otras tantas reformas ya puestas encima de la mesa en numerosas ocasiones son solicitadas por la mayor parte de profesionales y su Colegio Profesional.

En ello seguiremos.



Dr. Antonio Otero Rodríguez
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

El Colegio al Día 6

- ° Celebración del día del Médico Jubilado
- ° Homenaje a Francisca Martín Hernanz, viuda del Dr. Cantalapiedra
- ° Celebración de la 'Urology Week'

Opinión 18

- ° Estado actual de la formación sanitaria especializada en nuestro país, por el Dr. José Manuel Marugán
- ° La necesaria promoción del Desarrollo Profesional Continuo en el entorno europeo y español, por D. Carlos J. Moreno, del Ministerio de Sanidad

Arte 24

- ° Exposición de Zurbarán. 2015. Museo Thyssen. Madrid, por el Dr. Ciriaco Casquete

Sociedades 26

- ° La AP en la encrucijada, por SOCALEMFYC

Estudios 31

- ° Consulta Multidisciplinaria de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario, por el Dr. Juan Manuel Gutiérrez
- ° Motivo de consulta más frecuente del adolescente tardío en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid

CONSEJO EDITORIAL

Presidente: José Antonio Otero Rodríguez
Vicepresidente 1º: Juan del Río-Hortega Bereciartu
Vicepresidente 2º: José Manuel Marugán de Miguelsanz
Secretario General: José Luis Almudí Alegre
Vicesecretario: Alberto Verrier Hernández
Tesorero: Luis Quintero González
Vocales: Félix del Campo Matías
Miguel Ángel Díez García
Roberto García Barbadillo
María Eugenia Fernández Rodríguez
Rosa María Pérez Nava
Adela López Tabera
Fernando Rescalvo Santiago
Ramiro Cerdá Gómez
María Dolores Tremiño San Emeterio
Alicia Córdoba Romero
Raúl de la Cruz Marcos

Dirección, producción y edición de la revista:
Elsa García García
Colegio de Médicos de Valladolid.
C/ Pasión 13, 3º.
47001 Valladolid
983.355.488/ 983.351.703
www.medicosva.es
Depósito Legal: VA-225/1963
ISSN: 1132-4678
Impresión: Alcañiz Fresnos S.A.
C/ Cromo, nº 18-20. Polígono San Cristóbal
983.206.928

Centro Sociosanitario,
Hogar Residencia y Centro de Día

VALLADOLID PLAZA REAL

c/ Cañadón, 50
47610 Zaratán (Valladolid)

Tel. 983 074 074

REHABILITACIÓN

Servicio de fisioterapia con la maquinaria más especializada.

2 Fisioterapeutas.

- ✓ Ictus (Accidente Cerebrovascular).
- ✓ Fractura de cadera, pelvis y rodilla.
- ✓ Artrosis, artritis, etc.

TERAPIA OCUPACIONAL

✓ Terapia ocupacional separada en 3 grupos por grados:

- Válidos.
- Asistidos moderados.
- Grandes asistidos.

✓ Terapias personalizadas.

✓ Servicio Logopedia.

✓ Programa Neuronup.

Es un programa digital para Neurorehabilitación y Estimulación Cognitiva.

SERVICIO MÉDICO PROPIO DE ESPECIALISTAS (incluidos en el precio)

- ✓ Médico General, Dr. Pedro Antona.
- ✓ Traumatólogo, Dr. Roberto Escudero.
- ✓ Neuróloga, Dra. Olga Fernandez Arconada.
- ✓ Psiquiatra, Dr. Fernando de Uribe.
- ✓ Unidad del Dolor, Anestesiista, Dr. Alfredo Carrera.
- ✓ Psicólogo Sanitario (Apoyo Familiar), D. Jaime Gutiérrez.
- ✓ Logopeda, Dña. Eva Cabezedo.

neuronUP



ZONA CARDIOPROTEGIDA
Desfibrilador
Personal formado

Bipedestador



Theravital (Ictus)

ESTANCIAS INDEFINIDAS Y TEMPORALES

Plaza Real ofrece este servicio para personas que tras recibir el alta hospitalaria, aún requieren cuidados profesionales.

ALIMENTACIÓN

- ✓ Dietas personalizadas.
- ✓ 8 opciones diarias de menú.
- ✓ Desayuno en las habitaciones (opcional).
- ✓ Gran salón cafetería y terraza bar.
- ✓ Comida texturizada para personas con problemas de masticación y deglución.

CENTRO DE DÍA

También disponemos de centro de día con horario amplio, flexible y transporte propio adaptado.

desde

550€
(+I.V.A.)



ENFERMERÍA

- ✓ Enfermería 24 horas.
- ✓ Control de la medicación por el servicio de enfermería propio.
- ✓ Servicio de podología.
- ✓ Ecógrafo.
- ✓ Análisis clínicos propios.



CEDA

Unidad de Daño Cerebral



PLAZA REAL VALLADOLID



WWW.RESIDENCIAPLAZAREAL.COM

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A OCTUBRE DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
03/07	Asamblea Consejo Autonómico. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
03 y 04/07	Asamblea General CGCOM. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
06/07	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
14/07	Reunión Grupo Trabajo V.P.C. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
14/07	Reunión Com. Med. Tit. Interinos	Representantes de la Junta Directiva
11/08	Reunión Com. Med. Tit. Interinos	Representantes de la Junta Directiva
31/08	Reunión Comisión Permanente	Miembros de la Comisión
11/09	Apertura Curso Académico Universidad	Dr. José Antonio Otero. Presidente
14/09	Reunión Com. Med. Tit. Interinos	Representantes de la Junta Directiva
17/09	Reunión Ceis Emergencias Sanitarias	Dr. José Antonio Otero. Presidente

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A OCTUBRE DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
18/09	30 años Comunidad Europea. CGCOM.	Dres. Otero y Almudí. Presidente y Secretario
18/09	Reunión CGCOM. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
19/09	Asamblea General CGCOM. Madrid	Dr. José Antonio Otero. Presidente
22/09	Reunión Consejero Sanidad	Dr. José Antonio Otero. Presidente
22/09	Junta Gobierno Consejo Autonómico	Dr. José Antonio Otero. Presidente
23 y 24/09	Reunión Recertificación a los Médicos en la Escuela de Salud Pública. Mahón	Dres. Otero y Almudí. Presidente y Secretario
24/09	Acto Universidad - Empresas	Dr. Juan del Río-Hortega. Vicepresidente I
24/09	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
25/09	Patrona Veterinarios	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
26/09	Asamblea Médicos Jubilados. Madrid	Representante Junta Directiva. Dr. Ramiro Cerdá Gómez

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE JULIO A OCTUBRE DE 2015

FECHA	ACTO	ASISTENTES
28/09	Acto MIR discapacitados. HURH	Dr. José Antonio Otero. Presidente
30/09	Reunión con Presidente CGCOM. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
01/10	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
02/10	Asamblea Medicina Privada Cuenta Propia y Ajena	Dras. Rosa M ^a . Pérez y Adela López. Representantes Junta Directiva
02/10	Día de la Policía	Dres. Otero y Almudí. Presidente y Secretario
07/10	Reunión Laboratorios Pfiser	Dres. Otero y Almudí. Presidente y Secretario
07/10	Reunión Adjunto Presidencia Grupo Recoletas	Dr. José Antonio Otero. Presidente
13/10	Reunión Com. Med. Tit. Interinos	Representantes de la Junta Directiva
16/10	Reunión Grupo Trabajo V.P.C. Madrid	Dr. José Luis Almudí. Secretario General
16/10	Asamblea At. Primaria Urbana. Madrid	Dr. Miguel Ángel Díez. Representante Junta Directiva
17/10	Asamblea Med. Formación y Empleo Precario. Madrid	Dr. Raúl de la Cruz. Representante Junta Directiva

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID**AYUDAS DE ESTUDIO**

El Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, en su deseo de hacer posible los estudios superiores a quienes, reuniendo condiciones para ello, tengan dificultades económicas, convoca OCHO AYUDAS DE ESTUDIO para el presente curso 2015/16, con una dotación de 1.000 euros cada una de ellas, que se adjudicarán con arreglo a las siguientes:

BASES:

1. Podrán solicitarlas todos aquellos huérfanos o hijos de médicos colegiados en este Colegio Oficial.
2. Tendrán preferencia los huérfanos e hijos de médicos en situación económica insuficiente, oído el informe de la Trabajadora Social del Colegio.
3. A la solicitud deberá acompañarse la siguiente documentación: resguardo de matrícula; certificación académica y copia de la última declaración de la renta.
4. Las decisiones de la Junta Directiva son inapelables.
5. La concesión de una "Ayuda de Estudios" no supone derecho alguno para las que se convoquen sucesivamente.
6. El plazo de admisión de la documentación finalizará el día 13 de noviembre del presente año.

CURSO DE MEMORIA 2015-2016

- * Días: miércoles, de 11 a 12 y de 12 a 13 horas.
- * Cuota mensual: 10 €/mes (pagos trimestrales).
- * Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos.(calle de la Pasión nº 13-3º)
- * Contenido del curso: Conceptos generales funcionamiento de la memoria. Ejercicios memoria vista y oído simples y con dificultad. Grupo para nuevos alumnos.

CLASES DE BRIGE

Grupo Inicial y de Perfeccionamiento, dos horas semanales en horario a convenir de mañana o tarde.

- * Cuota mensual: 40 € / persona.
- * Lugar: Club Social del Médico.
- * Comienzo mes de noviembre, 2015.

CURSO DE CATA DE VINOS

- * Días: martes Horario: 20 h. Fechas: 3, 10, 17 y 24 de noviembre
- * Lugar: C/ Santuario nº 8, entreplanta (junto al colegio de ATS). *Cuota:
- *Contenido del curso: la cata del vino: vinos blancos y rosados, elaboraciones especiales, vinos tintos y conservación y servicio de los vinos.

PLACERES DIONISIACOS. Experiencia Arte y Vino.

Visita dionisiaca a la Casa Sol (Museo Nacional de Escultura), traslado a Morales de Toro, comida, visita a Pagos del Rey Museo del Vino, degustación y vuelta a Valladolid.

Fecha: Sábado 21 de Noviembre de 2015.

Precio: 37 €.

Plazas limitadas.

PRÓXIMAS ACTIVIDADES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VALLADOLID

CURSO DE IDIOMAS

INGLÉS 2015-2016

- * Días: Lunes y miércoles o martes y jueves en horario de mañanas y tardes.
- * Cuota mensual: 50 €/mes y 10 € matrícula (pagos trimestrales).
- * Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos.(calle de la Pasión nº 13-3º)

Contenido del curso: En nuestros cursos lo fundamental es que los participantes se comuniquen en inglés y sean capaces de expresar ideas y opiniones, superando el miedo escénico que supone hablar y entender una lengua extranjera.

Clases y grupos dinámicos e interactivos según niveles: Inicial, Intermedio, Intermedio Alto, Avanzado, todo ellos enfocados al desarrollo de habilidades comunicativas.

Sesión de orientación e información: Tendrá lugar los días 5 y 6 de octubre, así como un test de nivel de carácter meramente orientativo en los siguientes horarios

Tanto antiguos como nuevos alumnos podrán acudir en cualquier tramo de estas dos fechas facilitadas o en caso de no poder acudir podrán ponerse en contacto con nuestras oficinas del COMVa.

INGLÉS PARA NIÑOS

Talleres educativos para niños de 3 años en adelante: manualidades, juegos, cocina, canciones y muchas cosas más para aprender inglés de una forma muy divertida y dinámica.

*Fechas:A determinar por los grupos que salgan para esta actividad.

*Lugar: Club Social Médico (Calle Santuario 3 - bajo).

*Precio: 35 euros al mes, una hora y cuarto a la semana.

FRANCÉS 2015 - 2016

- * Días: martes y jueves en horario de mañanas y tardes.
- * Cuota mensual: 50 €/mes y 10 € matrícula (pagos trimestrales).
- * Lugar: Aula Colegio Oficial de Médicos.(calle de la Pasión nº 13-3º)

Contenido del curso: Ya sea para principiantes, para personas que estudiaron francés hace tiempo y quieran recordarlo o para personas con un nivel ya asentado, las clases van enfocadas a la conversación y a actividades divertidas para usar el francés en un ambiente relajado y amigable.

Mediante juegos, textos y algún ejercicio, recordaremos o aprenderemos el vocabulario necesario para conversaciones enfocadas a temas cotidianos y prácticos. se ofrecerá asimismo un servicio de préstamo de revistas, libros, películas y CDs en francés a los alumnos matriculados. Sesión de orientación e información (para nuevos alumnos): Tendrá lugar el martes 6 de octubre, así como un test de nivel de carácter meramente orientativo en los siguientes horarios

CURSOS DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Comienzo de los próximos cursos CURSOS GENERALES DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID 2015-2016 (nuevos cursos online, chino HSK1 y ruso).

Matrícula hasta el 02-10-15 en el Centro de Idiomas de la Universidad de Valladolid-Campus Miguel Delibes. Previamente a la matriculación, los alumnos deberán hacer una prueba de nivel, sólo si tienen algún conocimiento previo del idioma que desean cursar. Es necesaria para los cursos de inglés (generales, específicos o preparación de exámenes), francés, alemán, italiano y portugués.

Inglés en Valladolid

Abierta la matrícula 2015 - 2016

- Programa completo
- Infantil, primaria, secundaria, bachillerato
- Cursos intensivos
- IELTS, CAMBRIDGE, TOEFL, TOEIC
- Cursos para preparación certificación oficial
- Cursos de verano en el extranjero
- Estancias académicas en el extranjero
- Master y universidad en el extranjero



**Queen's Gate
School**

Gamazo, 12 - 2º Izqda.
47004 Valladolid
983 39 80 66

admin@queensgateschool.com
www.queensgateschool.com

El Consejo General de Colegios de Médicos y las sociedades de Atención Primaria firman un acuerdo para la validación y acreditación del médico

El Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) y las Sociedades Científicas de Atención Primaria: SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria); semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria); y SEMG (Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia) han firmado en la sede de la OMC un convenio de colaboración en materia de validación y acreditación profesional.

El acuerdo firmado entre el presidente de la corporación, Dr. Juan José Rodríguez Sendín, y los presidentes de semFYC, Dr. Josep Basora; SEMERGEN, Dr. José Luis Llisterri; y de SEMG, Dr. Antonio Fernández-Pro, representa un impulso a la acreditación del médico español y sitúa a España en la vanguardia en el proceso que Europa ya ha marcado como horizonte, a través de la directiva de cualificaciones profesionales 2013/55/ue.

Mediante este convenio, SEMERGEN, semFYC Y SEMG y el CGCOM

se comprometen a desarrollar conjuntamente un programa a través del cual se va a llevar a cabo el proceso de Validación Periódica de la Colegiación (VPC) y Recertificación de los médicos de Atención Primaria.

Dicho programa ha sido estructurado en cuatro módulos: buena praxis médica; estado psicofísico del médico; actividad laboral profesional; y desarrollo profesional continuo y formación continuada. Mientras el CGCOM se responsabilizará de la evaluación de los tres primeros módulos, SEMERGEN, semFYC y SEMG lo que harán es definir y desarrollar los estándares de las competencias específicas de los médicos de Atención Primaria.

Este acuerdo, además de unificar el papel que le corresponde tanto a los Colegios de Médicos como a las Sociedades Científicas en lo concerniente a acreditación y recertificación, trata de ofrecer un proceso integral y completo que abarque todos los factores

relacionados con la competencia y la capacidad del profesional dentro de su especialidad, con la posibilidad de renovarlas periódicamente.

Para el presidente del CGCOM, Dr. Rodríguez Sendín, las funciones de nuestra corporación son muy claras: "defender el mejor ejercicio profesional en las mejores condiciones, es decir, intentar promover el médico bueno; el mejor médico posible para atender mejor a la gente".

De ahí que la Validación Periódica de la Colegiación (VPC) representa, como remarca el Dr. Rodríguez Sendín, "compromiso formal de la profesión, de entrega y mejora de la atención a los pacientes".

A ello hay que sumar la recertificación de las competencias específicas de cada especialidad, para lo cual el CGCOM lleva colaborando estrechamente con las Sociedades Científicas, que son las que tienen esta responsabilidad. En ese sentido, como recordó el presidente del CGCOM, "estamos obteniendo una respuesta muy favorable por su parte". "Tras el convenio de colaboración para la acreditación profesional con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), firmado antes del verano, se añade ahora el de las Sociedades de Primaria, a las que se van a sumar en breve otras entidades más", añadió al finalizar la reunión el Presidente de la OMC.

Las sociedades de A.P. por su parte, han celebrado el acuerdo con el CGCOM para iniciar el proceso de Validación (VPC) y de Recertificación periódica de los Médicos de Familia". "La necesidad de valorar la competencia profesional mediante una Recertificación periódica debe ser asumida plenamente por todos los médicos de Familia de España", aseguraron desde estas asociaciones.



De izda. a dcha (arriba) Dr. Juan Manuel Garrote, secretario gral. CGCOM; Dr. Josep Basora, presidente de semFYC; y Dr. Antonio Fernández-Pro, presidente de SEMG. (Abajo) de izda. a dcha. Dres. José Luis Llisterri, pte. SEMERGEN; Dr. Juan José Rodríguez Sendín, pte. CGCOM; y Dr. Serafín Romero, vicepresidente CGCOM.

Especial Colegio de Médicos de la provincia de Valladolid



Descuento exclusivo de **200 €***
en Grandes viajes y Circuitos por
Europa. ¡Solo para colegiados!

*Reservando hasta 15/11/2015 y para viajar hasta 31/12/2015. Dto. aplicable en reservas de dos pax, otras consultar. Consultar resto condiciones y productos de la promoción.

Nuestras oficinas en Valladolid

VALLSUR

Cmno. Viejo de Simancas, s/n
Tlf: 983 235850
v0372@viajeseroski.es

PARQUESOL

C/ Adolfo M. de la muela, 10
Tlf: 983 334392
v0524@viajeseroski.es

DELICIAS

Pza. del Carmen
Tlf: 983 471035
v0849@viajeseroski.es

RONDILLA

C/ Cardenal Cisneros 20
Tlf: 983 320292
v0929@viajeseroski.es

CRUZ VERDE

Pza. Cruz Verde, 3
Tlf: 983 20910
v0588@viajeseroski.es



¿Sueñas? ¡Vuela!

www.escaparateviajes.es
www.viajeseroski.es

Los compañeros ya jubilados celebran entre amigos su día

Los médicos que ya no están en activo disfrutaron de una jornada dedicada a ellos con motivo del día de San Cosme y San Damián, Patronos de estos profesionales



El pasado 30 de septiembre se celebró, como viene siendo costumbre, el Día del Médico Jubilado, día de los Santos Cosme y Damián.

Para celebrarlo, los compañeros que ya dejaron de ejercer la Medicina se reunieron para disfrutar entre amigos de una Santa Misa en honor de los Santos Patronos con un recuerdo para los colegiados fallecidos durante el año. Después de la eucaristía, los asistentes pudieron deleitarse con un paseo en el Barco 'La Leyenda de Pisuergra', que recorrió para ellos el río vallisoletano saliendo desde el embarcadero de Las Moreras mientras degustaban un cóctel-aperitivo. Para terminar la jornada festiva, de trasladaron hasta el restaurante AC Palacio de Santa Ana para brindar y recordar años de ejercicio en la Medicina con una comida de confraternización.



Fallece Dña. Francisca Martín Hernansanz, viuda del Dr. Cantalapiedra, poco después de cumplir 100 años

Su familia ha querido honrar su recuerdo compartiendo las palabras que su hija Ana compartió con los amigos de su madre en su centenario y las que su nieta le dedicó en la misa que celebraron tras su muerte

“Buenos días, hermanos y hermanas ¡Bienvenidos a esta celebración! El Señor nos ha convocado como familia para celebrar nuestra fe en la solemnidad del apóstol Santiago y para agradecer los cien años de vida que le ha regalado a Francisca, a Paquita como la llaman sus amigas. Celebramos y agradecemos todo lo que Dios le ha regalado y nos ha regalado a través de ella.

Hay mucho para agradecer a lo largo de estos cien años: el regalo de la vida y de tu familia de origen. El regalo de la fe que has recibido y has sabido cultivar y transmitir a tus hijos. La fe ha sido y sigue siendo la luz de tu vida y fuente de consuelo y esperanza. Agradecemos los dones y cualidades que has recibido y desplegado a lo largo de tu vida: mujer activa, práctica, inteligente; mujer solícita, vital, emprendedora... muy querida por quienes han convivido contigo y por quienes te conocen.

Agradecemos el amor que os unió en matrimonio con José. Ha sido un amor fiel, un amor que fue creciendo y fortaleciéndose a lo largo de los casi 50 años de convivencia en los diferentes lugares donde vivisteis. Ha sido un amor fecundo, no solo por los hijos que tuvisteis, sino por el bien que realizasteis y por la vida que sembrasteis a vuestro alrededor. Un amor que superó dificultades, que creció en ellas, porque sacaron lo mejor de vosotros mismos. Hoy estamos representados todos: hijas, nietos y nietas, biznietos y biznietas, hermanos y hermanas, sobrinos y sobrinas, amigos y conocidos... que nos hemos reunido en este día tan especial para celebrar y agradecer el regalo de esta vida larga, bendecida y fecunda. Quienes ya partieron creemos por la fe que están presentes y siguen acompañándonos con su amor”.



Doña Francisca en la celebración de su centenario, unos días antes de su fallecimiento

“En nombre de la familia, muchas gracias por estar aquí y acompañarnos hoy.

Aunque no pensemos con frecuencia en ello, la muerte es parte de la vida, y mi abuela tuvo una vida larga y plena.

Hoy es un día triste, sin duda, pero mi abuela se ha ido como vivió su vida: “a su manera”.

Mi abuela era una persona admirable, pero era una abuela peculiar. Genio y figura.

Decía verdades como puños, era decidida, muy inteligente, y la mujer con las

ideas más claras que yo he conocido nunca.

Todos los que hemos tenido la suerte de disfrutar de su compañía hemos aprendido de ella, una persona valiente que se enfrentaba a la vida con un proyecto y mucha fe.

Esa fue, junto a su familia, la luz de su vida y fuente de su esperanza.

Esa fe es nuestro consuelo hoy.

Hoy es un día triste, pero tenemos muchos recuerdos y momentos únicos con ella que nos hacen sonreír. Ese es nuestro recuerdo y nuestra despedida”.

El Grupo de Trabajo de Residentes y Jóvenes Urólogos de la Asociación Española de la Urología promueven la 'Urology Week'

Laura Pesquera Ortega. R5 del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Miguel García Sanz. R3 del Hospital Universitario de León

Durante la semana del 14 al 18 de septiembre, la European Association of Urology impulsa la Semana de la Urología (<http://www.urologyweek.org/>), cuyo objetivo es dar a conocer la Urología entre la población general y crear conciencia sobre esta Especialidad.

Este año, y por primera vez desde su creación el Grupo de Residentes y Jóvenes Urólogos de la Asociación Española de Urología (RAEU) ha sido gran promotor de su difusión a través de las principales redes sociales.

El nacimiento de este grupo es reciente, y tuvo lugar en el marco del octogésimo Congreso Nacional de Urología, celebrado en Salamanca entre el 10 y el 13 de Junio de 2015. Aceptando el reto dispuesto por la European Association of Urology (EAU), y gracias a la acogida

con gran entusiasmo del Dr. José Manuel Cozar (Presidente de la AEU) y Dr. Manuel Esteban (Tesorero de la AEU) y el resto de la Junta directiva de la AEU, los Residentes de Urología de la AEU se reunieron y votaron los estatutos de su Grupo de Trabajo.

Asimismo tuvieron lugar las primeras elecciones que nombraron democráticamente a la Junta Directiva con el Dr. Juan Gómez Rivas como Coordinador del Grupo, la Dra. Laura Pesquera como Secretaria, el Dr. Leonardo Tortolero como Vocal de Actividades Científicas, el Dr. Miguel García como Vocal de Tecnologías, el Dr. Juan Colombo como Vocal de Proyectos, la Dra. Anat Melnick como Vocal de Actividades internacionales y el Dr. Marco Ciappara fue ratificado como representante ante la Comisión Nacional de la especialidad.

Los principales objetivos de RAEU son representar a los residentes de Urología, fomentar su participación e involucración en la Asociación Estatal, cooperar con la AEU y las sociedades científicas y promover la estandarización de los programas formativos de la formación especializada. Para ello, las redes sociales forman un pilar esencial en la difusión de todas las ideas y proyectos del grupo, contando con una web, cuenta de Facebook y Twitter.

En cuanto a las actividades puestas en marcha: se han creado unas encuestas sobre formación, en este momento pendientes de ser difundidas para recabar toda la información posible sobre el estado actual de la formación de los residentes de urología en nuestro país. Así mismo se está creando otra encuesta sobre empleo.

La AEU también respalda a los residentes en la creación de un Atlas Quirúrgico y lo que es más importante, en el próximo congreso nacional, a celebrar en Toledo en Junio de 2016, se desarrollará el Día del Residente, con un programa creado por y para los residentes, con charlas, debates y concursos.

Desde RAEU os invitamos a los residentes de otras especialidades a que os agrupéis buscando la homogeneización de nuestra formación, así como la unión para el desarrollo de actividades que sean de vuestro interés y que puedan ayudar a vuestra formación.

Os invitamos a todos a seguirnos a través de Facebook (Residentes AEU), Twitter (@ResidentesAEU) o a visitar nuestra página web www.residentes.aeu.es.



Junta Directiva de la AEU y RAEU

MOVIMIENTO COLEGIAL/ Julio - Agosto - Septiembre

ALTAS

D ^a . Susana Pérez Gutiérrez	Traslado de Barcelona
D ^a . Anggie Melina Rodríguez Rivas	Traslado de La Coruña
D. Miguel De Paula Ortiz	Traslado de Zamora
D. Andrés Enrique Álvarez Hodel	Traslado de León
D ^a . Inés Sayago Silva	Traslado de Madrid
D. Rafael Remesal Serrano	Reingreso
D ^a . Ana Beatriz Barredo Martín	Traslado de Palencia
D ^a . Mariela De J. Gonzalves Freitas	Ingreso
D. Miguel Ángel Quintanilla Tabuyo	Ingreso
D ^a . María Usero Ruiz	Traslado de Sevilla
D ^a . Carolina Bombín Canal	Traslado de Soria
D. Manuel Vicente Molina Romero	Traslado de Zamora
D. Nicola Lorusso	Ingreso
D. Rubén Pérez García	Ingreso
D. Óscar Darío Gómez Beltrán	Traslado de Madrid
D. Luis María Cacharro Moras	Traslado de Salamanca
D ^a . M ^a de la Paz Galván Carrasco	Traslado de Sevilla
D. Antonio San José Gallego	Traslado de Asturias
D ^a . M ^a Esher Valsero Herguedas	Traslado de Zamora

BAJAS

D ^a . Elena Cañibano Quintanilla	Traslado A Burgos
D ^a . María Luz Rubi Olea	Traslado A Huelva
D ^a . M ^a Cristina Brophy Palma	Cese
D ^a . Andrea María Marroquín Ramírez	Cese
D ^a . Alba María Álvarez Gómez	Traslado A Tenerife
D ^a . Rocío Sobejano de Pablo	Cese
D ^a . M ^a Concepción Cebrián	Traslado A Segovia
D ^a . Esperanza Escarda Fernández	Cese
D ^a . Silvia Guadilla Gómez	Traslado A Burgos
D ^a . Noelia Muñoz Ramírez	Traslado a Madrid
D ^a . Elena Domínguez Álvarez	Traslado a Ciudad-Real
D. Daniel Prades Almolda	Traslado a Barcelona
D ^a . Iratxe Zabalza Aguirrezabala	Traslado a Cádiz
D ^a . Gema Ruiz López Del Prado	Cese Provisional
D ^a . Eva Sierra Quintana	Traslado a Zaragoza
D ^a . Virginia Molina Peinado	Cese
D. Alfonso Rodríguez Mejías	Cese

FALLECIMIENTOS

D. Víctor Luis Sevilla Ortega	D. Miguel Casado Palomero	D. Carlos Díez Andrés	D. Pedro Martín Guerrero
D ^a . M ^a Mercedes García Casquero	D. Ricardo Jesús Landínez Lagunero	D. Ignacio Enrique Cabero	

Estado actual de la formación sanitaria especializada en nuestro país

Dr. José Manuel Marugán de Miguelsanz. Jefe de Estudios de formación sanitaria especializada. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid



El Dr. José Manuel Marugán

La formación de especialistas en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación de médicos especialistas y como uno de los sistemas más prestigiosos, con mayor equidad y grado de capacitación de los países de nuestro entorno, desde hace ya más de 35 años. Desde su primer germen en 1.963 en el Hospital General de Asturias, se fue adoptando un sistema similar en otros centros, extendiéndose por España en pocos años, hasta la instauración en 1.978 de una convocatoria nacional y examen objetivo y centralizado tal y como la hemos conocido durante décadas, creándose oficialmente el sistema MIR. Atrás quedaba la formación que residía en las escuelas profesionales y cátedras universitarias.

Las condiciones de acceso al mismo y el aprobado en la prueba selectiva sí han cambiado algo en los últimos años. En la última convocatoria 2014, 12.199 médicos optaban a las 6.102 plazas de formación MIR. Se estableció un punto de corte para el aprobado (35 % de la media aritmética de los 10 mejores exámenes) que en algunas convocatorias no había existido, con un valor del expediente académico en torno al 10 %, y el cupo de plazas para médicos extracomunitarios, en otras épocas mucho más elevado, incluso sin límite como hace 5-6 años y superado siempre en una segunda vuelta de plazas libres, se fijó en el 4 % y en una única vuelta. Asimismo, ya se exige conocimiento del idioma español (certificado C1 ó C2) para países no hispanoparlantes, y en los casos

en que eso ocurriera, renuncia a la plaza MIR que se estuviera desempeñando. En la reciente convocatoria 2015, el número de plazas es similar (6.098).

Este sistema de aprendizaje por asunción de responsabilidad progresiva ha funcionado sin cambios apreciables desde su inicio. Como novedades, en 2006 se publica el RD 1146/2006, "por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud", dándole un carácter más laboral a este periodo básicamente formativo, en cumplimiento del título II de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias LOPS.

Finalmente, el RD 183/2008, "por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada", introduce importantes novedades en el proceso de tutorización y evaluación de la residencia, pero sin modificar el formato clásico del sistema MIR.

Pese a todo, en los distintos países europeos siguen sin ser equiparables en su totalidad las diversas especialidades, tanto en su propia existencia, plan de formación y duración del mismo, como en el modo de acceso al MIR.

Pero el cambio más profundo en este sistema en nuestro país ha tenido lugar con la publicación hace ya más de 1 año, del llamado Decreto de troncalidad, que ha pasado desde 2003 por innumerables proyectos, borradores, negociaciones y avatares, y que ha contado con la oposición de múltiples sociedades profesionales y científicas, y el Consejo Estatal de estudiantes de Medicina, pareciendo que



nunca vería la luz. Sin embargo, dicho decreto acabó finalmente siendo publicado (Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, “por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica”).

Su aparición estaba prevista ya en la LOPS (Ley 44/2003), que preveía “la adquisición de competencias comunes a varias especialidades en ciencias de la salud a través de un periodo de formación uniforme, denominado tronco, en convergencia con la estructura de la formación especializada de otros países miembros de la Unión Europea”, aunque nadie había conseguido sacarlo adelante en todos estos años. Dicho decreto cambiará profundamente el sistema MIR tal como lo hemos conocido hasta ahora, creando cierto vértigo en muchas estructuras docentes de nuestro país.

Todas las especialidades aparecen repartidas en 5 troncos: médico, quirúrgico, psiquiátrico, de imagen clínica, y de laboratorio y diagnóstico clínico, excepto ocho no troncales: Pediatría y sus Áreas Específicas, Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Obstetricia y Ginecología, Anatomía Patológica, Radiofarmacia y Radiofísica hospitalaria.

Asimismo se crean las esperadas Áreas de capacitación específica ACE, inicialmente sólo cuatro: Enfermedades infecciosas, Hepatología avanzada, Neonatología, y Urgencias y Emergencias, pero sentando las bases del futuro desarrollo

de muchas más, anhelo de muchas especialidades que han evolucionado más que otras a la subespecialización, como Pediatría o Cardiología, entre otras tantas. Incluso, dichas ACE podrían con el tiempo permitir la contratación de determinados especialistas con un perfil determinado para el desarrollo de una actividad profesional muy concreta, cosa que hasta ahora legalmente no ha sido posible.

Finalmente, se crean cuatro nuevas especialidades: Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria, Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, y Genética Clínica.

En opinión de responsables del Ministerio de Sanidad, la división en dos ciclos formativos en el sistema troncal permitirá a los profesionales desde el inicio de su formación, aprender a abordar los problemas de salud de una manera integral, mejorando la calidad de asistencia a los pacientes, y parecernos más a otros países de nuestro entorno. La formación general será mejor, pero podría cuestionarse un déficit en la formación más específica y especializada, salvo que se prolongue la duración de muchas especialidades, deseo de otras tantas sociedades científicas, pero que está por ver si se conseguirá.

Con una especialidad finalizada por este sistema, podría accederse a una segunda especialidad del mismo tronco, al menos 5 años después, evitando pasar de nuevo por el tronco formativo común. Asimismo,

el porcentaje de médicos extracomunitarios se ampliará de nuevo al 10 % en las plazas MIR.

Habrán hospitales que podrán formar en troncos, pero no en algunas especialidades, y el residente debe pasar por dos pasos en la elección de plaza: elección del tronco al inicio, y de una especialidad concreta tras el mismo, a los 2 años del comienzo, posiblemente en otro centro sanitario distinto. Este punto ha supuesto una de las mayores críticas al Real Decreto. Sin embargo, información reciente aparecida en la prensa y procedente de la propia Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, hace pensar que se tramitará “de forma inminente” la modificación del artículo 35 de dicho Real Decreto de troncalidad, para permitir que los futuros residentes escojan tanto tronco como especialidad de una sola vez, al inicio del proceso.

Pero la labor a realizar para esta reforma es ingente. Junto a la creación de nuevas comisiones de especialidad, que tendrán que elaborar los nuevos programas, conteniendo el periodo troncal consensuado entre todas las especialidades afectadas, la acreditación de nuevas unidades y centros troncales, así como para las nuevas especialidades creadas y para la formación en ACES, y la reacreditación del resto de unidades docentes, con la redefinición de misiones de las comisiones de docencia y las nuevas de tronco de cada centro. Se establece un plazo de 2 años desde la constitución de las comisiones delegadas de tronco, para publicar los nuevos programas formativos. Por todo ello, parece casi imposible su implantación real tras 2-3 años de su publicación, como se había anunciado, aunque incluso existen numerosos escépticos que ven poco factible su puesta real en la práctica.

Sin embargo, guste a algunos o no, la reforma está en marcha, y el RD que regula su funcionamiento ya ha sido publicado, con lo que es cuestión de tiempo la implantación del nuevo sistema formativo MIR, con más o menos modificaciones. El tiempo nos dirá entonces si el cambio habrá supuesto una mejora real en la formación de nuestros especialistas.

La necesaria promoción del Desarrollo Profesional Continuo en el entorno europeo y español

D. Carlos J. Moreno Sánchez. Director General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad

El 16 de octubre de 2014 celebramos una reunión oficial de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones sanitarias del SNS, en la sede del Colegio de Médicos de Granada, en la que con carácter monográfico y con la presencia de los Doctores Krajevski y Borman debatimos sobre todos los aspectos relacionados con el sistema acreditador de la Unión Europea de Médicos especialistas (UEMS), con el propósito de elevar una ponencia al plenario de esta Comisión tras estudiar la forma más adecuada de encontrar un sistema de equivalencia entre los créditos del Sistema acreditador español y los créditos EACCME que otorga esta organización, de forma que en el futuro más inmediato se puedan reconocer en los baremos que manejemos en los procesos de reclutamiento y provisión de nuestros profesionales, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, el esfuerzo, la dedicación y el conocimiento adquirido por



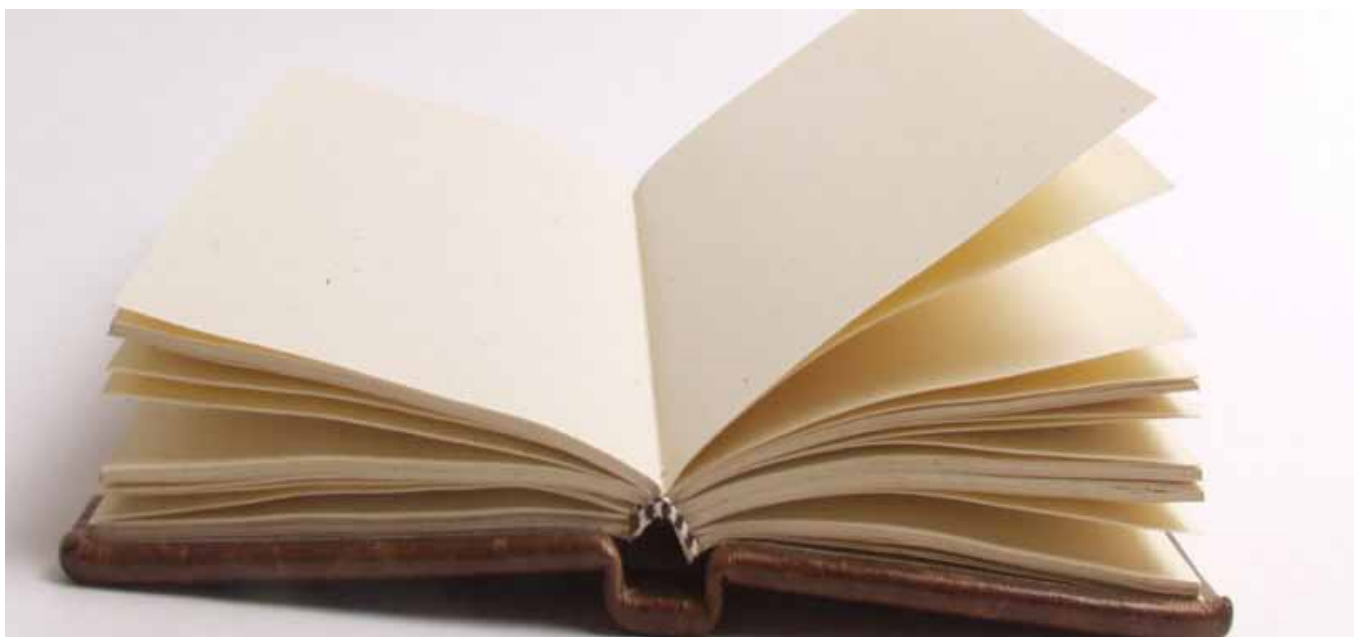
D. Carlos J. Morenos Sánchez



los mismos por sus actividades formativas realizadas no sólo en Europa, sino también en Estados Unidos y Canadá.

Esta actuación se incardina en la necesaria promoción del Desarrollo profesional continuo en el entorno europeo y, por tanto, en nuestro entorno con ocasión del Encuentro de este Consejo que se celebró en Bruselas en fecha 20 de Abril de 2013, donde se consideró el reciente desarrollo relativo al proceso de revisión de la Directiva 2005/36/CE de cualificaciones profesionales (por la 2013/55/UE de 13 de noviembre, concretamente en su Artículo 22), en cuanto se refiera a “formación continuada y el desarrollo profesional”.

De este modo, los miembros del Consejo de esta organización aprobaron la



declaración que a continuación se les facilita:

“Es esencial para garantizar la seguridad de los pacientes y la práctica efectiva, establecer un diálogo sobre el desarrollo profesional continuo dentro de la Unión europea con el propósito de optimizar los sistemas de DPC de los Estados miembros. Para lograr esto la UE debe establecer una red que dé soporte a la armonización y cooperación entre los Estados miembros para:

- Intercambiar información sobre las mejores prácticas en materia de DPC.
- Promover el DPC para garantizar la seguridad del paciente y la efectividad y seguridad también de la práctica profesional”.

Por ello desde el MSSSI venimos trabajando con las Comunidades Autónomas en un sistema de reconocimiento del Desarrollo Profesional a partir de la constitución de un grupo de trabajo que se conformó por Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) de fecha 29/02/2012. Este grupo presentó un primer documento de consenso en diciembre de aquel año y más recientemente su segundo documento, que concreta las bases de la metodología a seguir, que se presentaron en el CISNS del 11 de junio de 2014, en Toledo.

El desarrollo profesional continuo (DPC) individual y la carrera profesional (CP) son conceptos fundamentales para los procesos de formación y para el ejercicio profesional de los médicos y de otros profesionales sanitarios. Al encontrarse muy relacionados cronológicamente y compartir determinados elementos técnicos, es fácil la confusión semántica, la determinación de sus objetivos, de su esencia y consecuencias en el devenir del propio profesional y su contexto laboral.

Así mantienen el valor los esfuerzos a realizar con el fin de aclarar sus discrepancias y coincidencias puesto que de ellas pueden derivarse, al menos parcialmente, que las políticas de recursos humanos de nuestro SNS evidencien o no cierta coherencia. También influirá en la conceptualización de los fines y la propia utilidad del entorno jurídico, requerimientos técnicos y metodología vinculada al instrumento que ayude a calibrar y reconocer la competencia profesional.

El DPC, entendido en un sentido amplio, debe considerarse holísticamente, no solo en la etapa de despliegue de la actividad profesional, sino a lo largo de todo el que ha venido en denominarse, continuum formativo, iniciado en el grado y que continúa después, con la formación sanitaria especializada. Parece evidente que es en esta tercera y última etapa en

la que se fijan las interrelaciones que más cohesionan el DPC y la Carrera Profesional (CP). Ambos tienen también que ver con distintas etapas y con la metodología evaluativa.

Al considerar el DPC con este carácter amplio, nos facilita concebirlo en el contexto de esa suerte de “continuum formativo”, que actualmente y por distintas causas queda fraccionado al menos en tres partes. Vertebrar la formación de los profesionales sanitarios en ese continuum pasa por el DPC y por la incorporación al mismo de todos aquellos que intervienen en la formación, bien de grado, bien especializada, bien en la continuada.

La imprecisión conceptual entre DPC y CP tienen incluso su traducción jurídica, en los propios textos legales. La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) de 21 de noviembre de 2003, en su título tercero regula los principios generales comunes del “desarrollo profesional y su reconocimiento”, aunque en el momento en el que analiza su contenido se detecta que refiere de manera destacada más elementos propios de la CP que del propio DPC.

En este entorno legal poco clarificador, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario

de los Servicios de Salud, articula la carrera profesional para este régimen de personal y prevé fijar herramientas que permitan su homologación y reconocimientos acordados por parte de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, sea debido a la necesidad conceptual de alinearla definición de DPC con lo que este término representa internacionalmente, por la conveniencia de contar con un sistema que articule el continuum de la formación y permita aclarar la confusión referida, muy especialmente en lo que concierne a la realidad normativa antes señalada, será preciso diseñar una estrategia integral que permita cimentar la formación de las profesiones sanitarias, de modo que sea factible para el legislador introducir claridad conceptual en el ordenamiento jurídico positivo vigente, relativo a estas realidades.

A partir de esa construcción, los documentos y proyectos que venimos trabajando con los expertos y las administraciones sanitarias, presentan los siguientes principios a predicar de este sistema de reconocimiento, que tienen que ver con procesos que ya aplican otros actores vinculados a esta realidad, como

es el caso de las Sociedades científicas, con la recertificación, o los colegios profesionales, en el caso de medicina, a través de la conocida como "Validación periódica de la colegiación:

- Comprensible para todos los profesionales.
- De fácil implementación.
- Que se encuentra estructurado.
- Tener carácter periódico (6 años).
- No ser punitivo y asociarse a un programa de mejora.
- Basarse en indicadores, definidos previamente; con peso significativo en la práctica clínica; consensuados; con criterios de calidad contrastada.
- Asimilables a procesos internacionalmente reconocidos.
- Voluntario.
- Con validez en todo el Sistema Nacional de Salud
- Y buscando la colaboración de aquellas sinergias con esas corporaciones

profesionales que ya han escrutado procesos similares.

Por ello estamos trabajando en la redacción de una norma de carácter básico con rango probablemente de Real decreto, que establezca las bases de este desarrollo del articulado de la LOPS que permita su implementación de origen en las CC.AA. que no

tienen una herramienta similar, como que sea perfectamente compatible con aquellos servicios de salud que lo tienen ya en marcha como una herramienta de reconocimiento de los profesionales y de manera absolutamente consolidada, como es el caso, precisamente, de Andalucía.

No obstante, para que cualquiera de estas medidas y proyectos de futuro puedan ser una realidad y se alcancen los objetivos planteados, necesitamos mantener un estrecho contacto con los profesionales sanitarios y contar con su compromiso e implicación.

En este sentido, como es conocido, el 30 de julio de 2013, en un acto presidido por el presidente del Gobierno, la entonces Ministra de Sanidad, firmó el Pacto por la Sostenibilidad y la Calidad



D. Carlos J. Morenos Sánchez (cuarto por la derecha) en un acto celebrado por el Colegio Oficial de Médicos de Valladolid el año pasado



del Sistema Nacional de Salud con los representantes de las profesiones médica y enfermera, que se ha visto ampliado desde noviembre de 2013, con los profesionales de la farmacia.

Se trata de un acuerdo histórico, sin precedentes, en el que se han implicado los representantes de más de medio millón de médicos y enfermeros con

el objetivo esencial de mejorar la asistencia sanitaria para todos los españoles. Precisamente una de las tres grandes áreas en las que se ha alcanzado consenso es la referida a la "nueva política de recursos humanos y el Desarrollo Profesional", mientras que las otras dos son el "pacto por la sanidad" y las "nuevas estrategias para impulsar la gestión clínica".

Esta nueva política de recursos humanos implica un compromiso con los profesionales para promover un modelo de desarrollo profesional homologado para todo el SNS que garantice al ciudadano la mejor calidad posible en cada lugar y cada momento del acto profesional de los profesionales de la salud.

También debo señalar, en materia de DPC, que ya es una realidad el real decreto que regula la creación y acceso a los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada que fue publicado el pasado mes de julio en el B.O.E., concretamente es el Real decreto 639/2015 de 10 de julio.

Esta norma abre un amplísimo abanico de posibilidades para el perfeccionamiento y la especialización profesional, en las áreas funcionales que se definan y que va a contribuir a mejorar la preparación y capacitación, de todas nuestras profesiones y profesionales sanitarios.

La mera participación en actividades formativas no es sinónimo de evaluación objetiva de la adquisición o del mantenimiento de las competencias profesionales; no obstante, la formación continuada se revela como fundamental en la mejora y mantenimiento competencial y por tanto, debe jugar un papel muy relevante, si bien no exclusivo, en la evaluación de los profesionales.

Por otro lado, será necesario que las actividades de formación continuada estén acreditadas por las instituciones o los organismos competentes correspondientes, que en este caso no son otros que las Administraciones sanitarias de las CC.AA. y deberán estar orientadas a las tareas que hace el profesional evitando la simple acumulación de créditos formativos sin relación con su papel como profesional.

En esta política han de jugar un papel también decisivo, aquellas organizaciones vinculadas al profesionalismo, como es el caso de la Sociedades científicas y los Colegios profesionales.

Exposición de Zurbarán. 2015. Museo Thyssen. Madrid

Dr. Ciriaco Casquete Román

El pintor nace en Fuente de Cantos, Badajoz, en 1598. A los 15 años su padre, comerciante con medios económicos, lo envía a Sevilla a uno de los talleres que había en la ciudad para su primer aprendizaje. Sevilla tenía 130.000 habitantes y un puerto importante con las Indias de "tierra firme", por lo que de allí llegaban oro, plata y todo tipo de ultramarinos. La ciudad estaba llena de conventos e iglesias y una fuerte burguesía que solicitaba obras de arte. En poco tiempo crea un taller en Llerena (entre Badajoz y Sevilla) permaneciendo allí hasta 1629. Después marcha a Sevilla donde consigue destacarse por sus numerosos e importantes encargos. Sus cuadros son grades y siempre de tema religioso, salvo excepciones. En estos años recibe influencias de Herrera el Viejo, Roelas y Pacheco. Su dibujo es duro, realista, casi escultórico y sus cuadros están muy impregnados del claro oscuro, en negro o pardos, de Caravaggio. Hay silencio y ascetismo. No hay terror y sangre, que era lo habitual. Es la época florida de los Santos y Santas, Vida de Cristo, Inmaculadas y Bodegones.

Las obras tienen una composición sencilla pero son tridimensionales, con figuras de gran tamaño, donde mandan las telas, muy largas, que se doblan al llegar al suelo. Los colores son originalísimos y con gran potencia. ¿Quién ha pintado los blancos y las sombras de los pliegues como él en toda la historia de la pintura?

Zurbarán es pintor de frailes, no de Reyes, sin embargo ha quedado incluido entre los 5 mejores de la pintura española no contemporánea: Velázquez, Murillo, El Greco y Goya. En 1635 viaja a Madrid por primera vez, pero no triunfa en la Corte, donde está Velázquez. Vuelve a Sevilla y sigue triunfando en su ciudad y con los numerosos encargos del mercado americano. En el taller había importantes colaboradores como



Figura 1

Zambrano, los hermanos Polanco y su hijo Juan, el de más calidad, sobre todo en el tema de Bodegones, que podía, incluso, haber superado a su padre de no haber muerto de peste a los 28 años. En 1658 vuelve a Madrid y consigue una pintura distinta, más plástica, más técnica, pero ya no es su momento sino el de Velázquez y Murillo. Muere en 1664, pero no en la miseria, como se había dicho hasta el S.XIX.

AGNUS DEI. Museo del Prado, (ver figura 1), lienzo de 62 por 38 cm, sin emplazamiento original conocido, de 1631, pero para algunos pudo haberse pintado más tarde, entre 1635-1640. Es un bodegón naturalista. También aparece un cordero con las patas atadas en la pintura "La Adoración de los pastores" de la Cartuja de Jerez de 1638. Siempre se le aplicó un significado devocional, es el Agnus Dei evangélico, el Redentor, el sacrificado. En el cordero de San Diego Museum este tiene aureola y la inscripción "Tinquen agnus". La obra aquí representada es un carnero, lo que hace pensar también en otras referencias. Al observar la obra nos atrae su inocencia, su obediencia



Figura 2



Figura 3

y nos provoca cariño hacia él, con sus patas atadas sobre un tablero, solitario, vivo, y así símbolo de todas las religiones mediterráneas actuales y antiguas. Es la víctima para el sacrificio. Su blancura encarna la pureza y la victoria de la vida sobre la muerte.

Esta es la obra de más calidad. En 1985 apareció una copia antigua en una subasta, pero discreta. La pintora portuguesa Josefa de Obidos (1634-1684) hizo varias versiones, que copian literalmente los corderos zurbaranescos; se encuentran en colecciones particulares de nuestro país vecino y en Baltimore. La más importante es la del Museo de Évora que está enmarcada en una guirnalda de flores en círculo. Una de las mejores, sino es la mejor, es la de San Diego, California, ya comentada antes, y está pintada entre 1635-40. Los carneros son de fecha anterior, de 1631 o 1632. En la obra del Prado, observada de cerca se aprecia, con escasos medios, un claro-oscuro silencioso y una potente luz en el animal que nos embarca hacia el mensaje. Destacar las pestañas, de gran precisión y minuciosidad, como ocurre con las del ojo de la burrita de "La Huida a Egipto", y la humedad del hocico, los blancos vellones y la dureza de los cuernos. No se puede hacer más con menos colores.

Hay una obra en Barcelona: "Carnero con patas atadas", de 1632, de colección privada, de tamaño mayor: 83 por 61

cm, también de Zurbarán (desde 1630 el pintor repite el tema con frecuencia). En la Academia de San Fernando hay un Agnus Dei de 1639; ya no estamos ante un bodegón, sino ante una obra religiosa; hay una aureola en la cabeza y una inscripción latina en la parte inferior del cuadro: "Como oveja llevada al matadero", Hechos de los Apóstoles: 8, 32. El realismo es aún mayor en esta obra, pues el cordero está vivo, atadas sus patas, sobre un madero recordando la Cruz.

SAN ANTONIO ABAD. Merced Descalza. Sevilla. 282 por 221 cm, oleo sobre lienzo. Fondo Cultural Villar Mir. (Ver figura 2). Esta firmado y fechado, 1636, en el ángulo inferior derecho del cuadro, sobre una piedra. Este Santo curaba "el fuego de San Antonio", hoy llamado ergotismo, enfermedad que se presentaba en las malas épocas pues las harinas estaban mezcladas con el cornezuelo de centeno; se producían llagas en los pacientes que podían llevar a la muerte por gangrena. Los frailes Antoninos, orden del S.XI, cuidaban cerdos y con su grasa trataban a los enfermos. Los animales estaban libres por los pueblos y sin peligro pues llevaban una campanilla al cuello. Con la limpieza del cuadro se aprecia la figura del cerdo, que no se veía.

La obra destaca por el ropaje; Los colores pardos y blancos dan la tercera dimensión. El paisaje del fondo, a la izquierda del cuadro, azulado, tiene

influencia de Patinir, que se repite en la obra "Los trabajos de Hércules". El plano medio es para el gran árbol, con cielo claro, recortándole. Son de destacar las manos y la barba del Santo de calidad extraordinaria. La potente figura se recorta sobre el cielo, con gran bastón grueso, cruzado hacia el hombro izquierdo y rosario en la mano izquierda. El árbol, oscuro, asiluetado, está inspirado en una obra de Saenredan. Zurbarán repite el tema en dos ocasiones, una en los Offizi y otra en Lima en el Monasterio de la Buena Muerte, teniendo ambos bastantes semejanzas con la que comentamos.

LA CASA DE NAZARET: El Niño Jesús se hiere con la corona de espinas. Lienzo de l, 51 por 2,05. Madrid. Fondo cultural Villar Mir. (Ver figura 3). En el siglo XVI hay muchas pinturas de Jesús en su infancia con los instrumentos de la Pasión. En el taller de Zurbarán son varias las copias, replicas o derivaciones con este tema. Anteriormente sólo se consideraba original la de Cleveland Museo, pero en la Exposición de Madrid de 1988 aparece esta versión. Ambas tienen diferencias, en la de Cleveland la túnica de Jesús es azul-grisácea, mientras que en esta es de tono malva exquisito, que es el color de la penitencia. El búcaro doble es distinto en las dos obras, y también hay variaciones en los pliegues del ropaje. El modelo de los rostros es perfecto según la distribución de la luz, huyendo del claro-oscuro de su juventud. La penumbra enfatiza el silencio de ambas figuras y sus pensamientos.

El pelo rubio de Jesús es bellissimo, es un pelo vivo, natural y brillante. La mesa tiene una perspectiva equivocada, disimulada por el haz de luz. Los bodegones tienen un significado que conocía el pueblo al verles. Evocaban la pureza de la Virgen en las azucenas; el recipiente de agua clara el amor; la rosa el rosario; el estudio y el trabajo el libro y la labor de la Virgen; las dos palomas la purificación de la Virgen y la Presentación de Jesús en el templo; el haz de luz dorada que va hacia Jesús significa que el iluminara nuestra vida. Es obra de tal calidad técnica y espiritual que pone al pintor en la primera fila de todo el S.XVII.

La Atención Primaria, en la encrucijada

Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (Socalemfyc)

Agradecemos la oportunidad que nos ha brindado Axis, la revista del Colegio de Médicos de Valladolid, para escribir sobre los retos pendientes de la Atención Primaria en Castilla y León.

La primera parte de este artículo es una carta que hemos enviado al Dr. Antonio María Sáez Aguado, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, ante la próxima convocatoria de Oposiciones para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

La segunda, titulada “modelo organizativo”, es el resultado de un trabajo de reflexión que llevó a cabo un grupo de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en diciembre de 2014, con motivo de la celebración de una jornada para celebrar el 30 aniversario de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (Socalemfyc). Este grupo se preguntó por el modelo organizativo actual de Sacyl y si es adecuado al momento actual. Nos ha parecido relevante compartir sus conclusiones.

Carta abierta al señor consejero de Sanidad de Castilla y León:

Me pongo en contacto con usted, ante la próxima publicación de la convocatoria de la oposición para especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria en nuestra Comunidad.

Sabe que es un tema que preocupa enormemente a los profesionales y a las organizaciones sindicales, pero también debo recordarle que en función de cómo se haga la selección de esos profesionales determinará el futuro de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la Atención Primaria en Castilla y León, por lo que es un tema en el que la Sociedad Científica a la que represento tiene mucho que decir.



Junta Directiva de Socalemfyc. De izquierda a derecha: Fernando García, Presidente; Isabel Gutiérrez, Tesorera; Elvira Callejo, Vicepresidenta y Daniel Araúzo, Secretario

Siempre he sido escuchado en los foros en los que hemos tenido oportunidad de participar tanto en la Gerencia regional, como en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, como en la Dirección General de Recursos Humanos, ahora de Profesionales. Por ello, no quiero pensar que todas esas horas de reuniones en los últimos 4 años hayan caído en saco roto.

En la última reunión con la nueva directora General de Profesionales, Concepción Nafría, pude concluir que llegamos a un punto de entendimiento en relación al baremo de méritos que se utilizará en la próxima oposición.

Por fin alguien se daba cuenta de que no se estaba siguiendo la legalidad en relación a la baremación del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; en los últimos procesos se ha estado vulnerando la Ley al

infravalorar la vía MIR en relación a otras vías de homologación del título como la ECOE. Debo recordarle que según el RD 1753/98, lo que se debe valorar es la manera de obtención del título no la mera posesión u homologación del mismo.

Le adjunto varias sentencias como ejemplo de las decenas de sentencias que tenemos recogidas por nuestra asesoría jurídica en las que se demuestra esto. Incluida la consulta de su propia asesoría jurídica, que también acaba concluyendo que se baremaba en exceso a la vía alternativa.

Yo sinceramente pienso que este debate debe ir más allá, debe ser más profundo. Porque estamos hablando de quienes van a ser los profesionales que formen parte de la plantilla orgánica de SACYL; de los profesionales encargados de

Para que la Atención Primaria sea excelente debemos elegir a los excelentes y esto no se ha hecho en Castilla y León en las últimas convocatorias.

Me gustaría poder debatir todo esto más a fondo con usted, el gerente regional y la directora general de Profesionales, porque si queremos que Sacyl apueste por un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria donde los profesionales gestionen, donde los profesionales tengan mayor poder de resolución, en definitiva que hagan sostenible dicho sistema, estos profesionales deben ser los mejores.

Por lo tanto me gustaría conocer su opinión al respecto y recordarle que dentro de las líneas estratégicas de la Sociedad Castellano y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria se encuentran la defensa de la Atención Primaria y la defensa de la Medicina de Familia.

Firmado: Fernando García, Presidente de Socalemfyc

Modelo organizativo actual

Para poder saber qué modelo organizativo queremos, primero miramos de donde partimos. Consideramos que el modelo organizativo de Atención Primaria definido en 1985, está plenamente vigente: tanto la estructura organizativa y las funciones que propone son válidas 30 años después.

Lo que ocurre es que no se ha terminado de implantar y cada vez nos vamos alejando más de él.

Obstáculos a su implantación :

* Administración, responsable de su desarrollo no la ha implantado bien por desconocimiento, por falta de comprensión del modelo o simplemente porque no ha querido.

* Resto del sistema sanitario: la reforma sanitaria que se inició hace 30 años tendría que haber englobado a todos los componentes del mismo. Se reformó la Atención Primaria pero no se trabajó con el nivel hospitalario. La falta de cambio a ese nivel, ha dificultado mucho que éste se pueda extender.

* Los propios profesionales: hay que hacer autocrítica también sobre los profesionales que en gran medida tampoco han querido trabajar más allá de su consulta y de responder a la demanda. El modelo exige un compromiso que no todo el mundo está dispuesto a asumir.

Así pues, nos hemos alejado del modelo inicial, nos hemos ido “ambulatorizando” progresivamente, hasta llegar al punto actual caracterizado por:

* Sobrecarga asistencial no controlada. Sobre todo en el medio urbano, pero también en el rural en las cabeceras de los centros. La demanda ha ocupado todo el trabajo.

* Equipos de Atención Primaria (EAP) desdibujados/ desestructurados / deconstruidos: La idea de equipo ha desaparecido en muchos sitios. En muchos lugares, los médicos, realizan su atención sin tener contacto con otros profesionales excepto los de enfermería. Esto es especialmente llamativo en algunas zonas rurales, en sitios con distanciamiento entre los distintos consultorios. Pero también en zonas urbanas. Muchos equipos no tienen



reuniones, ni sesiones clínicas, y donde las hay suelen ser los residentes las que las realizan, sin que los profesionales tengan interés en profundizar en la formación.

* Distanciamiento entre los EAP y los equipos directivos. En los equipos no se tiene la percepción de que las gerencias están preocupadas por los problemas de los profesionales. A esto también ha contribuido la pérdida de liderazgo de los coordinadores, que, al cambiar la forma en la que son elegidos, carecen de dicha capacidad, no son un referente para los profesionales y en muchos casos se convierten en cadenas de transmisión de información (incluso en muchos casos ni siquiera eso, ya que la información no llega al equipo).

* Financiación insuficiente de la atención primaria. Esta ha sido la situación de la AP desde el inicio de su creación, por debajo de las recomendaciones internacionales. La situación de crisis actual podría haber mejorado esta situación, ya que es ampliamente reconocido, que la AP es eficiente para el sistema. Sin embargo, la brecha presupuestaria entre la atención primaria y la hospitalaria, lejos de reducirse se ha incrementado.

* Gran variabilidad en la situación:

- Interprofesional: es inadmisibles las diferencias de actuación de los profesionales en los mismos procesos. Actualmente se ha reducido mucho esta variabilidad en la prescripción, pero aun así, existe en muchos aspectos de la práctica.

- Poblacional: en las características de la población que atendemos

* Modelos de atención: en la forma de trabajar

Función del equipo de Atención Primaria:

No queremos olvidar que el objetivo primario y principal de nuestro trabajo es la ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS CIUDADANOS y que hemos de adaptarnos a dichas necesidades y orientar nuestra organización a ello.

Sin embargo, y pese a que una de los aspectos que más se valora en las encuestas es el tiempo de espera para la consulta, eso no parece influir realmente en los ciudadanos a la hora de elegir médico.



La accesibilidad es una de las fortalezas de la atención primaria de cara al ciudadano, sin embargo nos parece que mal manejada, se convierte en una debilidad.

La accesibilidad ilimitada y mal organizada, nos impide realizar otras actividades que también son necesarias para atender a esas necesidades de salud, aunque no sea algo que el paciente reconozca inicialmente. Accesibilidad al sistema sí, pero no equipararla exclusivamente como accesibilidad al médico de familia.

PROPUESTAS

Coincidimos en que es una necesidad REESTRUCTURAR el modelo organizativo, y consideramos que somos los profesionales los que tenemos que liderar dicho cambio. Proponemos para ello:

1. Reordenar equipos y profesionales: revisar a fondo los equipos de las distintas





Socalemfyc se organiza en grupos de trabajo que recogen las preocupaciones, demandas y aspiraciones de los asociados, la comunidad científica, los servicios sanitarios y la sociedad en general. En la foto, vemos algunos miembros del grupo de Urgencias y Emergencias en una actividad de concienciación a la población, durante el Día Europeo del Paro Cardíaco

Zonas Básicas de Salud y valorar los cambios estructurales necesarios: cerrar los consultorios de menos de 50 tarjetas sanitarias y los centros de guardia innecesarios y desarrollar, como en otras comunidades autónomas, un buen sistema de transporte a la demanda que proporcione a la población una atención de calidad en un centro adecuadamente dotado.

2. Seguir desarrollando la reestructuración: tener en cuenta para el cálculo de las cargas de trabajo las variables tradicionales (edad, dispersión); otras variables tanto de la población (como puede ser la morbilidad, la salud mental, las condiciones sociales) como del perfil de los profesionales (dedicación a la docencia, pre y postgrado, investigación, colaboración con la formación, etc.).

3. Redefinición de funciones de los distintos profesionales como la enfermería. Aunque no es nuestra función definir las tareas de los profesionales de enfermería, creemos que podría asumir funciones adecuadas para su capacitación, como la valoración inicial de la demanda urgente o el seguimiento del paciente crónico.

4. Profesionales administrativos: plantear nuevos modelos organizativos en los que estos profesionales asuman la realización de las tareas administrativas que ahora realizan profesionales sanitarios.

5. Garantizar la calidad científico-técnica. Necesitamos para conseguir este objetivo:

- * Mayor implicación individual de los profesionales.
- * Sistemas de información
- * Variables cuantitativas
- * Variables cualitativas
- * Complemento de apoyo y formación a través guías de práctica clínica y formación continuada.
- * Fomentar los autocuidados.
- * Herramientas de evaluación
- * Global e individual
- * Asistencial: individual & comunitaria

* Docente

* Formativa

* Investigadora

* Formación continuada

* Cambio del modelo retributivo: teniendo en cuenta los aspectos que se propone evaluar.

UN NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN: LA GESTIÓN CLÍNICA

Todo lo anteriormente expuesto nos lleva a reconocer la necesidad de asumir la gestión clínica por parte de los profesionales, que tenemos que liderar el desarrollo del modelo organizativo propuesto.

En este contexto aparece el Decreto 57/2014. ¿Qué pensamos los profesionales sobre él?

No recoge las aspiraciones a una gestión clínica y, aunque puede suponer un punto de partida para el desarrollo de un nuevo modelo organizativo, su publicación ha supuesto una decepción para los profesionales, ya que deja lugar a muchas dudas. Y es ambiguo, están poco definidos puntos importantes como:

- * Definición exhaustiva de las funciones de cada profesional
- * Definición de los integrantes (qué porcentaje de la plantilla debe respaldarlo, que ocurre con el resto de los profesionales, si se puede llevar a cabo una Unidad de Gestión Clínica (UGC) en contra de la opinión de los integrantes del equipo, etc.)
- * Elaboración de sistemas de información: es necesario conocer la situación previa de la que se parte (indicadores)
- * Establecimiento de sistemas de evaluación e incentivos relacionados: es necesario saber qué es exactamente lo que se va a evaluar (indicadores)
- * Si una de las razones de ser de este Decreto es contribuir a la sostenibilidad del sistema, nos preguntamos que



su aplicación, y no sabemos hasta qué punto van a respaldar a los EAP que se constituyan en UGC.

En conclusión, creemos necesario asumir la gestión clínica, pero las UGC propuestas en el Decreto del 5 de diciembre, no son la única forma de llevarla a cabo. Sin embargo somos conscientes de que es una oportunidad que no se puede dejar pasar.

La Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (Socalemfc) apoyará a los Equipos de Atención Primaria que se constituyan en Unidades de Gestión Clínica y se compromete a un seguimiento SERIO y ESCRUPULOSO de la forma en que se desarrolle la aplicación de este modelo organizativo; los problemas que surjan y la forma de solucionarlo, ofreciendo una visión objetiva que se atenga los estándares de calidad necesarios para lograr una atención eficaz, efectiva y eficiente a la población de nuestra comunidad.

se defina que entiende Sacyl por "sostenibilidad si sólo es "ahorro".

Con respecto a este punto, desde Socalemfc pensamos que las UGC en atención primaria podrían aportar muchísima eficiencia al sistema si fueran capaces, y libres para investigar y mejorar los circuitos entre primaria y hospitalaria e introducir cambios en los mismos, siempre con la búsqueda de cooperación entre niveles:

- * Se podría mejorar la bolsa de ineficiencia que existe en las esperas indiscriminadas para primeras consultas.
- * Se podría poner en marcha un sistema de priorización protocolizado.
- * Se podrían evitar muchas segundas consultas-revisitas- absurdas que se siguen realizando en hospitalaria.
- * Se podrían mejorar las esperas, costosas no sólo en dinero, sino también en incertidumbre y desasosiego para los pacientes, desde que se les realiza una prueba complementaria hasta que

el especialista solicitante les informa del resultado.

Sin embargo el Decreto no garantiza que se pueda gestionar la contratación de los servicios hospitalarios. Y en otros aspectos, consideramos que en atención primaria (que lleva muchos años contribuyendo a dicha sostenibilidad) ya se ha llegado casi al límite del ajuste en los capítulos en que era posible (personal y farmacia) y no se puede seguir reduciendo gastos sino a costa de reducir calidad (que ya se ha resentido).

Por el contrario, sería necesario aumentar la inversión en atención primaria para poder asumir la gestión, (adecuación de plantillas, contratación de servicios, mejorar la accesibilidad telefónica y del correo electrónico etc.) y el Decreto parece dejar claro que eso no va a ser posible. Tampoco los EAP que se constituyan en UGC van a poder decidir el perfil de los profesionales que van a formar parte de los mismos.

Pensamos que las Gerencias de AP tienen también dudas con respecto a



Consulta Multidisciplinaria de Neuropediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Por el Dr. Juan Manuel Gutiérrez Carrera -
Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Clínico

Autores: Dr. Emilio Barajas y Dra. María Martín (Rehabilitación), Dña. Teresa Báez (Fisioterapeuta), Dr. Esther Gamarra (Centro Base), Dra. Benedicta Catalán (Neurofisiología), Dra. Alejandra Melero y Dra. Selma Vázquez (Neuropediatría) y Dr. J.M.G. Carrera (Traumatología y Cirugía Ortopédica)

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente reconocido que los niños que presentan algún tipo de patología neurológica son enfermos complejos de manejar. Ello obedece a la múltiple expresividad clínica, al avance en los aspectos diagnósticos y al desarrollo de novedosos procedimientos terapéuticos, tanto médicos como quirúrgicos. De lo anterior se deduce la imposibilidad de que sean abordados por una sola especialidad aislada.

Es aceptado por todos la necesidad del concurso y coordinación de las diferentes especialidades implicadas. Esto aporta una visión global en todos los aspectos diagnósticos, terapéuticos, evolutivos y es lo que se hace en los Centros más avanzados.

Una atención en la que existe una eficaz coordinación entre los especialistas implicados desembocará en un incremento de la calidad en el sentido más amplio, mejorando el pronóstico global, las posibilidades de consejo genético, y evitando tratamientos y cirugías innecesarias u obsoletas. Ello no sólo representa una ventaja para el niño y su familia, sino que repercute de forma positiva en todo el entramado sociosanitario y optimiza los recursos del sistema.

Hasta fechas recientes, este intercambio de información entre especialistas se llevaba a cabo de forma no reglada. Llamadas de teléfono, informes por escrito, interconsultas, instrucciones a la familia, conversaciones de cafetería...

Había un alto grado de improvisación que entre otras cosas dilataba todo el proceso diagnóstico y terapéutico, comprometiendo la calidad.

Para hacer frente a la problemática descrita, y tras unos meses de ensayos, funciona desde principios de septiembre de 2014 la Consulta Multidisciplinaria de Neuropediatría.

Hay que señalar que aunque la valoración del paciente es global, se centra fundamentalmente en las deformidades de pie y tobillo, que representan en torno al ochenta por ciento de la patología. La idea fue promovida por la Dra. Mercedes Barrio, del servicio de rehabilitación y ha contado con la aprobación y el apoyo

explícito de la Dirección-Gerencia y de los diferentes jefes de servicio.

Los miembros del Equipo pertenecen a los Servicios de Pediatría (Neuropediatría), Rehabilitación, Centro Base (Gerencia de Servicios Sociales), Neurofisiología y Traumatología (Pie y Tobillo). Hay que señalar que en determinadas circunstancias -y de manera puntual- participan en las sesiones diferentes profesionales que tienen relación directa en el manejo de un paciente concreto. Esto hace referencia principalmente a fisioterapeuta escolar-asistencial, técnico ortopédico, psicólogo clínico, asistente social, etc. Otras veces se puede requerir el apoyo de algún facultativo concreto para





valoración de determinados aspectos clínicos. Se trataría fundamentalmente de Anestesiología, Radiología o Psiquiatría. Es la norma habitual la presencia de MIRes de diferentes especialidades en la consulta dentro de su programa de rotaciones por especialidades. Por tratarse de una consulta "abierta" tiene acceso a la misma todo el personal del hospital o no, que tenga algún interés legítimo, tanto facultativos como fisioterapeutas.

Un papel esencial lo desempeña la UCI pediátrica, tanto en la administración de toxina como en el manejo posoperatorio. Lo mismo se puede decir de Anestesia Pediátrica, que en muchas ocasiones tiene que enfrentarse a pacientes complejos con pluripatología.

Cada uno de los miembros del Equipo tiene unos cometidos específicos y propios de su especialidad, y puesto que cada cual realiza sus aportaciones para obtener una estrategia diagnóstica y terapéutica consensuada y coordinada, todo el funcionamiento está basado en diferentes protocolos elaborados para tal fin.

Las patologías son variadas y se centran en las disgenesias, cromosomopatías, pie equino varo, malformaciones congénitas, afecciones perinatales, secuelas de traumatismos, infecciones o tumores,

enfermedades metabólicas, etc. Las características sindrómicas principales son los pacientes con parálisis centrales o periféricas y con diferentes grados de alteraciones concomitantes (ataxia, epilepsia, retraso mental, etc). El territorio más frecuentemente afectado es el pie y el tobillo, aunque no es inusual la patología de cadera y raquis junto a otras localizaciones.

SELECCIÓN DE PACIENTES Y PROCEDIMIENTOS DE REMISIÓN

Únicamente son atendidos en consulta aquellos niños con patología compleja (tanto en los aspectos diagnósticos como terapéuticos) y que requieren el concurso de diferentes especialistas. Los pacientes que cumplen estos criterios son derivados desde cualquiera de las consultas de los miembros del equipo a la consulta multidisciplinaria. Las familias son informadas sobre todos los detalles y se les entrega una hoja informativa en donde se concreta el esquema de funcionamiento, lugar de la consulta y hora. Asimismo, se les entrega un documento en el que autorizan la realización de fotos, videos y cualquier otro apoyo audiovisual con propósito exclusivamente clínico-estadístico. Las citas se llevan a cabo a partir de un Calendario de Citaciones. Todos los

datos clínicos (iconografía, planilla de citaciones, etcétera), se localizan en una carpeta del sistema informático del hospital. El equipo multidisciplinario se reúne los miércoles desde las 8,30 hasta las 10,30 horas. La consulta se ubica en el nuevo ala de rehabilitación anexa al Hospital Clínico. El tiempo reservado para cada enfermo es de una hora.

SELECCIÓN DE DATOS CLÍNICOS Y ESTUDIO PREVIO A CONSULTA

El miembro del equipo que ha incluido al paciente en la planilla de citaciones es el encargado de redactar una breve historia y, siempre que es posible, iconografía al respecto. También se erige en portavoz del equipo. Todos los miembros del equipo estudian días antes de la consulta los informes clínicos, para tener una idea previa de las características del enfermo y poder consultar bibliografía si es necesario (esto es fundamental en los casos de enfermedades raras).

DESARROLLO DE LA CONSULTA

Ésta siempre comienza con la revisión de la historia clínica, discusión previa y puesta en común sin la presencia del paciente. A continuación se procede a tomar notas de todo lo que se considere relevante y, posteriormente, se invita

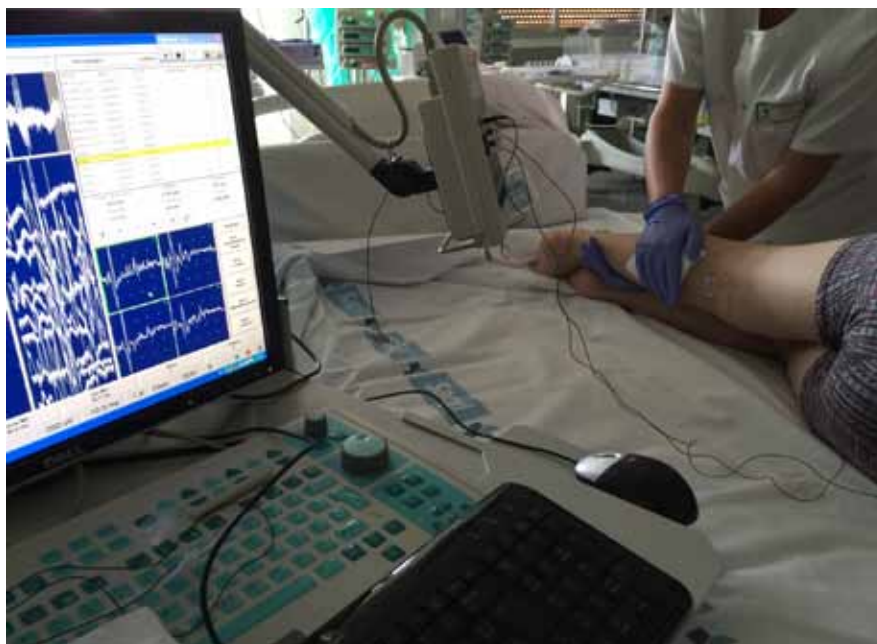


a pasar al niño y a su familia a la sala y se lleva a cabo exploración clínica entre todos los miembros del equipo. El paciente y su familia abandonan la sala y el equipo discute y delibera sobre todos los aspectos diagnósticos, terapéuticos, etcétera.

Enfermo y familia son requeridos para pasar nuevamente a la sala donde el portavoz del equipo informa sobre las decisiones adoptadas, calendario, participación de especialistas, secuencia y pruebas diagnósticas. En este momento la familia puede realizar todas las preguntas y aclaraciones que desee. Al final de la consulta se les entregan los volantes para pruebas diagnósticas y citas en consulta pertinentes.

MEMORIA DE CONSULTA

El miembro del equipo que presentó al paciente es el encargado de redactar una memoria con las conclusiones de la consulta multidisciplinaria. La misma se incluye en la historia del paciente y es el punto de partida para todo el Evolutivo Unificado. Esto permite que desde cualquier ordenador del hospital los integrantes del equipo puedan contemplar la evolución con un patrón cronológico y por especialidades, haciendo sus aportaciones e incluyendo resultados de pruebas complementarias, lo que



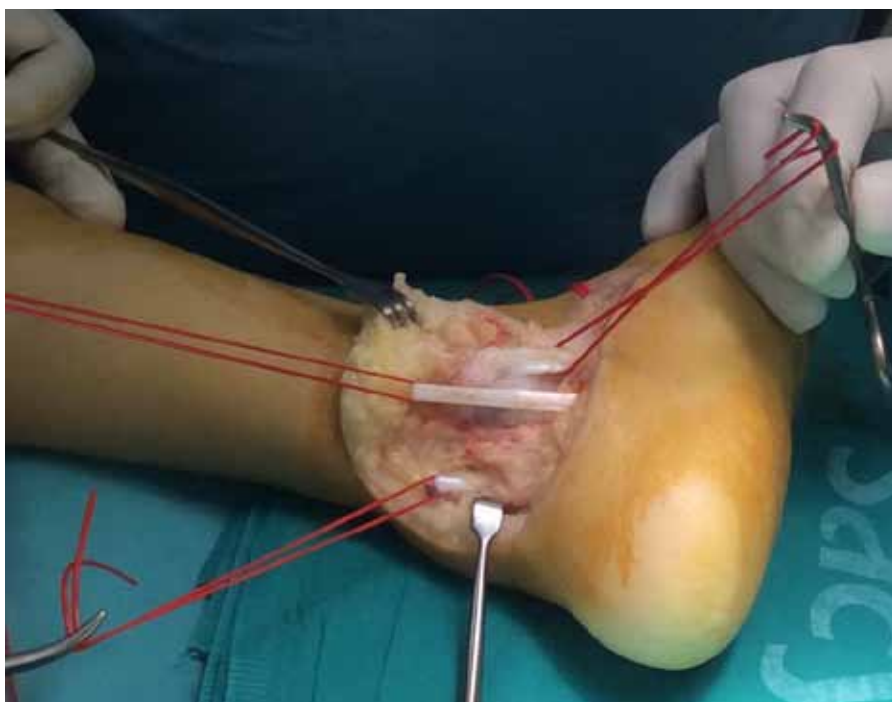
simplifica al máximo el seguimiento de los niños, ya que todos los facultativos son capaces de saber en "qué punto nos encontramos" con facilidad. En algunos casos más complejos los enfermos son nuevamente citados en consulta multidisciplinaria al cabo de los meses para reevaluación de pruebas diagnósticas y/o de procedimientos terapéuticos.

REVISIÓN DE RESULTADOS

El número de niños atendidos durante el primer año de funcionamiento se sitúa en 80. Toda la patología relacionada con pie y tobillo recibe tratamiento definitivo en Valladolid. Se han derivado seis pacientes fuera de la Comunidad por patología compleja asociada en otras localizaciones (procedimientos neuroquirúrgicos, cobertura cutánea con injerto microvascularizado, etc.

LA PERSPECTIVA FORMATIVA Y LA PRODUCCIÓN DOCENTE-INVESTIGADORA

Desde el inicio de sus actividades, el equipo ha organizado un Curso de Actualización en Patología de Pie y Tobillo Infantil (30 de enero 2015). Asimismo, ha presentado comunicaciones de resultados en varios congresos de ámbito nacional. Está prevista la organización futura de diversas jornadas monográficas de actualización en el ámbito de Castilla y León. Actualmente existen varias líneas de investigación en marcha (fase de protocolo-recogida de datos) que se pretende sean de primera calidad y homologables a las más avanzadas. Por otro lado, los miembros del equipo asisten a cuantas jornadas de actualización en este campo se celebran, se realizan revisiones bibliográficas, etc.



Motivo de consulta más frecuente del adolescente tardío en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid

D. Álvaro Arroyo Cuesta, graduado en Enfermería y Dr. Pablo Royuela Ruíz, licenciado en Medicina

Autores secundarios: Dñas. Laura Natividad Fadrique Millán, Rosa M^a. González Bañuelos, María Velasco Martín-Calero y los Dres. Carlos del Pozo Vegas, Raúl López Izquierdo, José Ramón Oliva Ramos y Jesús Álvarez Manzanares



1) INTRODUCCIÓN

El concepto de adolescencia no está definido de manera internacional, aunque las Naciones Unidas consideran que esta etapa abarca las edades comprendidas entre los 10-19 años. (1)

La OMS, también define el concepto adolescencia entre los 10-19 años, y lo divide en dos fases: adolescencia temprana (10-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años). (2)

A pesar de que los adolescentes son considerados como un grupo de edad sano, la adolescencia es una época de numerosos cambios físicos y psicosociales, en la que se producen muertes de forma prematura o se comienzan a desarrollar hábitos que desencadenarán en enfermedades en la edad adulta. (3)

En España la Ley que trata sobre la mayoría de edad sanitaria es la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Establece los 16 años (se trata de la misma manera al menor emancipado y al menor mayor de 16 años que no está emancipado) como la edad en la que se tiene capacidad para poder decidir sobre cualquier acto médico, con una serie de excepciones. (4)

La OMS define urgencia como aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que su atención tiene que realizarse en un tiempo máximo de 6 horas. (5, 6)

La propia OMS da otra definición de urgencia "La aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o

actividad, de un problema de salud de etiología diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". (7,8)

El concepto de emergencia, según la OMS, es "aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos y en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital". (3, 5, 8)

Ante la escasez de trabajos encontrados en este tema, se planteó llevar a cabo una investigación actual, en la que la población a estudio fuera numerosa y representativa. La muestra de este estudio fueron todos los adolescentes que acudieron al servicio de Urgencias hospitalarias a lo largo de un año. Con esta muestra se pretendía conocer por que un grupo de edad que en principio se puede considerar sano, acude a los servicios de urgencias hospitalarios.

2) OBJETIVOS

Objetivo principal:

1. Describir los motivos de consulta por el que los adolescentes tardíos, cuya edad está comprendida entre los 15 y los 19 años, acudieron al servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (HURH) en el año 2014.

Objetivos secundarios:

2. Comparar la incidencia de consultas respecto al sexo de los pacientes.

3. Comparar la incidencia de consultas respecto a la edad de los pacientes.

4. Cuantificar el número de pacientes que precisaron ingreso hospitalario.

5. Estudiar en que meses del año los adolescentes tardíos acuden más al servicio de urgencias.

6. Examinar que horas y días de la semana son más concurridos por este grupo de edad en urgencias.

7. Analizar que prioridad de urgencia predomina en estas edades.

3) MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo, que estudió los motivos de consulta a los servicios de Urgencias hospitalarias por parte de los adolescentes tardíos.

El universo muestral fueron 3465 atenciones a todos los pacientes de edad comprendida entre los 15 y 19 años que acudieron al servicio de Urgencias del HURH de Valladolid desde el 1 de enero al 15 de diciembre del 2014.

Una vez obtenidos los datos de estas atenciones en urgencias, fueron ordenados y distribuidos de acuerdo con los objetivos antes mencionados, creando tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Posteriormente, fueron agrupados los distintos motivos de consulta de los adolescentes en 26 grupos creados atendiendo al diagnóstico final, los cuáles englobaban todas las patologías por los que los adolescentes acudieron a urgencias. En algún caso en concreto se encontraron errores en la codificación del diagnóstico final, como por ejemplo que algún hombre tuviese patología obstétrica o ginecológica o que una mujer tuviese alteraciones genitales masculinas, también dificultó el estudio que algunas impresiones diagnósticas distasen mucho del diagnóstico final. Ambos inconvenientes fueron solucionados inspeccionando una a una las historias en las que se presentaron los problemas mencionados.

En todos los pacientes se analizaron las siguientes variables: Motivo de consulta, Edad, Sexo, Prioridad o nivel

de urgencia, motivo del alta en urgencias (alta a domicilio, paso hospitalización, paso a consultas externas, alta voluntaria, traslado de hospital, otros), mes que acude al servicio de urgencias, día de la semana que acude al servicio de urgencias, hora que acude al servicio de urgencias.

El análisis estadístico se realizó con la prueba de χ^2 ó Chi cuadrado y aceptando un nivel de significación de $p < 0,05$.

4) RESULTADOS

Una vez revisadas las 3465 historias clínicas de los adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del HURH durante el año 2014 se encontraron y analizaron los datos expuestos a continuación.

Se atendieron un total de 3465 visitas de adolescentes en el servicio de urgencias, de las cuales 2387 eran de pacientes distintos, el resto de visitas (1078) fueron realizadas por los mismos adolescentes.

Objetivo 1

Respecto a los motivos de consulta, destacaron por su frecuencia las lesiones y traumatismos leves, 1046 casos (30,19%), y la sintomatología digestiva, 557 casos (16,08%). (Tabla 1)

Relacionando los motivos de consulta con el sexo de los pacientes se apreció que diferentes patologías, a parte de las propias de cada sexo como son sintomatología obstétrica y ginecológica y alteraciones genitales masculinas, fueron más comunes en un sexo. A continuación se exponen las patologías en las que las diferencias entre ambos sexos fueron estadísticamente significativas usando la prueba de Chi cuadrado:

En varones fue más común:

* Lesiones y traumatismos, 670 varones (64%) frente a 376 mujeres (36%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,00001$).

Tabla 1: Motivos de consulta de los adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del HURH en 2014. Tabla realizada por Álvaro Arroyo Cuesta.

Motivo de consulta	Nº casos	Porcentaje	IC 95%	
Lesiones y traumatismos (esguinces, contusiones, fracturas...)	1046	30,19%	28,63	31,75
Sintomatología digestiva	557	16,08%	14,83	17,32
Sintomatología otorrinolaringológica	167	4,82%	4,09	5,55
Alergias y alteraciones cutáneas	151	4,36%	3,66	5,05
Cefaleas y cervicalgias	150	4,33%	3,64	5,02
Miscelánea	143	4,13%	3,45	4,80
Inestabilidad, lipotimia, síncope, malestar general	131	3,78%	3,13	4,43
Sintomatología obstétrica	129	3,72%	3,08	4,37
Sintomatología ginecológica	112	3,23%	2,63	3,83
Sintomatología ocular	109	3,15%	2,55	3,74
Sintomatología urológica	108	3,12%	2,53	3,71
Alteraciones psiquiátricas	103	2,97%	2,40	3,55
Alter. del tronco y extremidades no traumáticas (lumbalgias, tendinitis...)	78	2,25%	1,75	2,76
Sintomatología respiratoria	76	2,19%	1,70	2,69
Síndrome febril	60	1,73%	1,29	2,17
Intoxicación por tóxico conocido (drogas, alcohol...)	55	1,59%	1,16	2,01
Dolor torácico	49	1,41%	1,01	1,82
Síndromes gripales y catarrales	40	1,15%	0,79	1,52
Abuso sexual y malos tratos	35	1,01%	0,67	1,35
Politraumatismos y/o trauma grave	31	0,89%	0,57	1,21
Alteraciones genitales masculinas	28	0,81%	0,50	1,11
Focalidad neurológica (ACV, parestesias, ictus, calambres, amnesia...)	27	0,78%	0,48	1,08
Patología dentaria y de encías	27	0,78%	0,48	1,08
Convulsiones	24	0,69%	0,41	0,97
Enfermedades cardíacas y circulatorias	19	0,55%	0,30	0,80
Quemaduras	10	0,29%	0,11	0,47
Total general	3465	100,00%	85,841	114,159

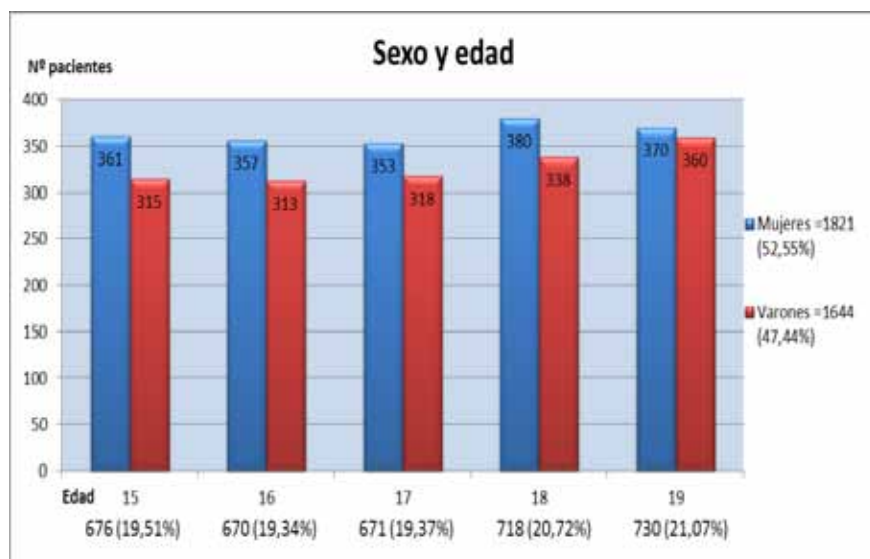


Figura 1: Comparación de adolescentes que acudieron al servicio de urgencias del HURH en función del sexo y edad. Figura realizada por Álvaro Arroyo Cuesta.

* Cefaleas y cervicalgias, 88 varones (58,7 %), 62 mujeres (41,3 %). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p:0,005$)

* Síndromes gripales y catarrales 26 varones (65%), 14 mujeres (35%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p:0,025$)

* Politraumatismos y trauma grave, 28 varones (90%), frente a 3 mujeres (10%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p<0,0001$)

En mujeres fue más común:

* Sintomatología digestiva, 376 mujeres (64,6%), 197 varones (35,4%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p<0,00001$)

* Inestabilidad, lipotimia, síncope... 85 mujeres, (65%), 46 varones (35%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p<0,004$)

* Sintomatología urológica, 85 mujeres (78,7%), 23 varones (21,3%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p<0,0001$)

* Alteraciones psiquiátricas, 64 mujeres

(62%), 39 varones (38%). Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p:0.048$)

Objetivo 2

Respecto a la distribución por sexos, hubo predominio de mujeres, 1821 mujeres (52,55%) por 1644 hombres (47,44%). (Figura 1)

Objetivo 3

En cuanto a la distribución por grupos de edad, el grupo de edad que más acudió fue el de 19 años, 730 casos (21,07%) y el que menos acudió fue el de 16 años, 670 casos (19,34%). (Figura 1)

No hubo diferencias significativas ($p: 0,84$) en cuanto a la distribución por sexos dentro de cada grupo de edad.

Objetivo 4

Respecto al motivo de alta en el servicio de urgencias, la gran mayoría de los pacientes, 2705 fueron a su domicilio (78,06%), 466 pacientes fueron derivados a consultas externas (13,47%), y 229 (114 mujeres, 115 varones) pacientes precisaron de ingreso hospitalario (6,6%). (Figura 2). Dentro de los pacientes que precisaron ingreso hospitalario, sólo en una patología hubo diferencias significativas entre ambos sexos

($p:0,0004$), esta patología es politraumas y/o trauma grave. En la que hubo más varones hospitalizados que mujeres.

Objetivo 5

El mes con más consultas realizadas en el servicio de urgencias de pacientes adolescentes fue octubre (11,45 adolescentes/día), los meses con menos consultas de adolescentes fueron Julio (8,32 adolescentes/día), Junio (8,63 adolescentes/día), Diciembre (8,80 adolescentes/día) y Agosto (8,94 adolescentes/día).

Objetivo 6

Las horas que más frecuentado estuvo el servicio de urgencias por parte de los adolescentes fue de 23h-24h, seguido de 17-18h y de 13h-14h.

El día de la semana que los adolescentes acudieron con más frecuencia a urgencias fue el lunes (10,4 adolescentes/lunes) y el día de la semana que menos acudieron fue el miércoles (8,75 adolescentes/miércoles).

Objetivo 7

* Prioridad I: Patología urgente grave y urgencia vital; precisa atención inmediata.

* Prioridad II: Procesos agudos con riesgo vital. La asistencia nunca debe ser superior a 15 minutos.

* Prioridad III: Situaciones urgentes con riesgo potencial pero con estabilidad hemodinámica. La asistencia debe ser en un tiempo inferior a 30 minutos.

* Prioridad IV: situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial. Su atención debe realizarse antes de 60 minutos

* Prioridad V: situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención (120 minutos), sin riesgo para el paciente.

La prioridad de urgencia más frecuente fue la prioridad IV, con 1877 casos (54,17%), seguida de la prioridad III con 1018 casos (29,38%).

Las prioridades menos frecuentes fueron, la prioridad I, 2 casos (0,06%) y la prioridad II, 39 casos (1,13%).

5) DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A pesar de que la adolescencia se trata del periodo de la vida más sano desde el punto de vista orgánico⁹, este estudio realizado en 2014 refleja que el 32,7% de la población de 15-19 años del Área Oeste de Valladolid acudió al servicio de urgencias hospitalarias. En comparación con el resto de urgencias atendidas en adultos (personas mayores de 14 años) del mismo área, durante el mismo periodo de tiempo, se puede observar que los adolescentes tardíos acudieron un 10% menos a este servicio. Esto se podría explicar, como indican ciertos estudios¹⁰, a que los jóvenes muchas veces adoptan comportamientos de riesgo que originan lesiones o enfermedades.

En este estudio, cómo ponen de manifiesto los resultados anteriormente reflejados, se puede comprobar, que el motivo de consulta más frecuente en el servicio de urgencias hospitalarias por parte de los adolescentes tardíos son las lesiones y traumatismos leves. Estos resultados se deben probablemente a las conductas de riesgo mencionadas anteriormente y como apunta la OMS a las profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que se dan en esta etapa del ciclo vital. (2, 3)

Llama la atención, las diferencias que hay entre varones y mujeres para una

misma patología, por ejemplo, en las lesiones y traumatismos leves, hay un predominio de consultas de varones, que como apuntan otros estudios^{11, 12}, y con unos porcentajes muy parecidos a los de este trabajo, esto es se debe a un comportamiento universal. En la patología digestiva hay un gran predominio de consultas de mujeres, en este sentido se podría abrir una línea de investigación que demostrase si esta situación pudiera deberse a que a la hora de realizar el diagnóstico, este fuese algo confuso porque muchas veces los síntomas digestivos como por ejemplo el dolor abdominal, son muy parecidos a los síntomas ginecológicos.

El sexo predominante en los pacientes de este estudio son las mujeres, este dato coincide con otros estudios anteriormente publicados^{10, 13}, aunque en el caso de este estudio se podría explicar porque en el área Oeste de Valladolid, hay más mujeres que varones de 15-19 años. Sin embargo al contrario que en estos mismos estudios, la distribución por edades no mostró grandes variaciones, ya que las características y los problemas de salud que afectan a las distintas edades dentro del propio grupo de adolescentes tardíos son muy similares.

Respecto al motivo de alta en el propio servicio de urgencias, observamos que los adolescentes que precisaron ingreso

hospitalario fueron el 6,6 %. Este dato concuerda con el proporcionado por otro estudio¹⁴ que, aunque no muestra exactamente la misma franja de edad, expone que la hospitalización en una población de entre 16-24 años está entre el 5%-6,6%.

En cuanto a los meses que más se acude al servicio de urgencias se podría investigar si está directamente relacionado con los meses en los que se desarrolla el curso escolar, ya que los meses estivales, junto con diciembre son en los que menos afluencia hay a este servicio por parte de este grupo de edad.

El dato que muestra las horas del día en las que los adolescentes acuden más al servicio de urgencias, concuerda con las horas de asistencia a urgencias de los adultos, esto podría deberse a que muchos de estos adolescentes podrían haber ido acompañados de sus padres o de algún familiar adulto, y por tanto seguirían el mismo patrón horario.

Respecto a los días de la semana que más acuden, no sigue ningún patrón específico que justifique el motivo de consulta. El lunes es el día que más acuden los adolescentes al servicio de urgencias, pudimos comprobar, gracias a los datos proporcionados por el coordinador del servicio de urgencias del HURH, que este día de la semana era también el día que más atenciones se realizaban a nivel general, no solo en los adolescentes. Podría ser que el motivo por el que los lunes sea el día de mayor afluencia en urgencias, sea porque los pacientes esperan a este día para solicitar atención por su médico de primaria, y debido a la demora en la asignación de la cita en Atención Primaria, deciden acudir a las urgencias hospitalarias.

El dato de las prioridades de urgencias, muestra una mayoría de prioridades no urgentes, da una idea de que muchas de las consultas realizadas a este servicio por este determinado grupo de edad, posiblemente, podrían haber sido resueltas en consultas de Atención Primaria, evitando así la saturación del servicio de urgencias, que afecta directamente tanto a los usuarios, como al propio sistema sanitario, perdiendo calidad asistencial, demorando la



atención del resto de urgencias, generando insatisfacción entre los profesionales y aumentando el gasto sanitario. (15)

En conclusión, este estudio manifiesta que casi la mitad de los motivos de consulta (46,27%) realizados por los adolescentes tardíos en servicio de urgencias hospitalarias, son lesiones y traumatismos leves y sintomatología digestiva con predominio de varones y mujeres en estas patologías respectivamente. Cabe destacar el porcentaje de consultas realizadas por sintomatología obstétrica y por patología psiquiátrica. Una adecuación de los programas de salud para adolescentes incluyendo no solamente actividades de atención, sino también de prevención y promoción de salud², como expone el Ministerio de Sanidad en el objetivo 7 del II Plan estratégico nacional de infancia y adolescencia¹⁶, permitiría en un futuro disminuir la aparición de distintas patologías, tanto en la adolescencia como en la futura edad adulta.

6) BIBLIOGRAFÍA

1. Unicef (Fondo de las naciones unidas para la infancia). Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia, una época de oportunidades. UNICEF; 2011.
2. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, 2. [Internet]. 2002 [consulta el 9 de enero de 2015]; 15-23. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf
3. OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; 2015 [consulta el 10 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/ y http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
4. Ruiz Jiménez J. La situación del menor en el ámbito sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Junio [consulta el 9 de enero de 2015]; 13(50): 15-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200011&lng=es
5. Concepto de urgencia y emergencia, valoración y cuidados de enfermería ante situaciones críticas, parada cardiorrespiratoria, RCP en adultos y en pediatría, cuidados postresucitación [Internet]. Madrid: Manual CTO Enfermería;

Altas en el servicio de urgencias

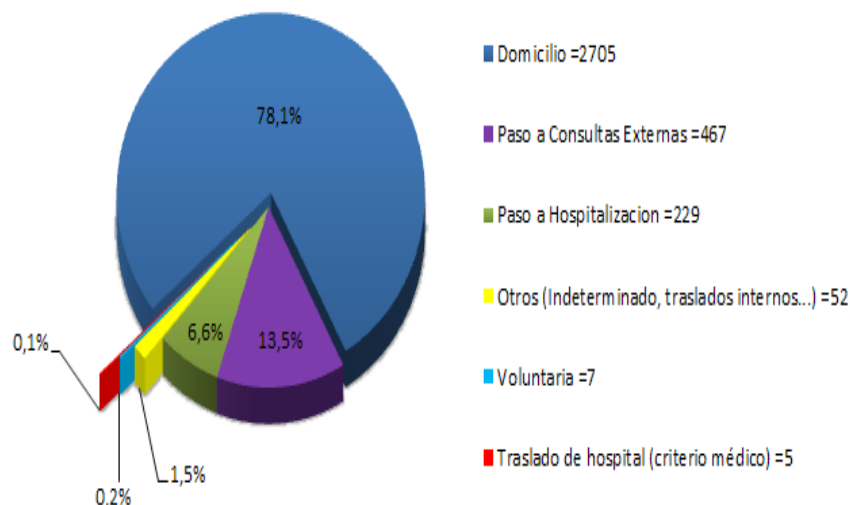


Figura 2: Destino de los adolescentes dados de alta en el servicio de urgencias del HURH. Figura realizada por Álvaro Arroyo Cuesta

2011 [consulta el 2 de febrero de 2015]. Disponible en: http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPECan_CapM.pdf

6. Cenproex. Máster en urgencias, emergencias y catástrofes sanitarias. Presentación y destinatarios. [Internet] [consulta el 2 en febrero de 2015]. Disponible en: <http://cenproex.com/formacion/cursos-sanitarios-urgencias-y-emergencias/master-en-urgencias-emergencias-y-catastrofes-sanitarias/>.

7. Gallego Ravassa ÁL. Estudio de los casos que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios. [Internet]. 2013 [consulta el 7 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2517/1/Trabajo.pdf>.

8. Villalibre Calderón C. Cocepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. [Online].; Junio 2013 [consulta el 10 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM%20cristina.pdf>.

9. Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2014 Septiembre; 11(61): p. 3579-3587

10. Ruiz España A, García García JJ, Luaces Cubells C, Garrido R, Pou Fernández J. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. Anales de pediatría. 2001; 54(3): p. 238-242.

11. Naranjo Ugalde AM, Portero Urquiza A. Traumatismos en pediatría. Experiencia de un año. Rev Cubana Pediatr [Internet].

1996 Mayo-Agosto [consulta el 18 de marzo de 2015]; 68(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311996000200007&script=sci_arttext

12. Waisman I, Núñez JM, Sánchez J. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la Región Centro Cuyo. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2002 Julio [consulta el 18 de marzo de 2015]; 73(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062002000400015&script=sci_arttext&lng=en

13. Peñas Pascual N, Sainz Camuñas MP, Puche López N. Urgencias hospitalarias en los adolescentes. Del año 1990 Mayo-Junio; 2(3).

14. Rodríguez San Julián E. Ubicación en el entorno y salud de las personas jóvenes. En: Moreno Mínguez A, Rodríguez San Julián E. Informe 2012: Juventud en España. Injuve [Internet]. 2013 [consulta el 27 de marzo de 2015]; p. 175-376. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf

15. Gallego Ravassa ÁL. Estudio de los casos que acuden a los servicios de urgencias hospitalarios. [Internet]. 2013 [consulta el 7 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/bitstream/10835/2517/1/Trabajo.pdf>.

16. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. (II PENIA) [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013 [consulta el 8 de mayo de 2015]. También disponible en: www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU COCHE

60%*
Bonificación
en coches nuevos

PARA CUALQUIER MODALIDAD



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. VALLADOLID

Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 33 valladolid@amaseguros.com

Síguenos en



(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 30 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

