



MADRID

MÉDICO



REVISTA DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID

Nº 140 / DICIEMBRE 2012



**"Colegiación
útil, apertura y
transparencia,
la hoja de
ruta de
mi equipo"**

Conflicto en la Sanidad

El Icomem rechaza el Plan de sostenibilidad e insiste en el diálogo con los profesionales

El Defensor del Médico

"Serviré de ventana para los facultativos con el colegio y la Administración"



Dra. Sonia López Arribas,
Presidenta del Colegio
de Médicos de Madrid

Queridos colegiados:

Todos sois conocedores de la situación sanitaria que estamos viviendo los médicos de la Comunidad de Madrid en la sanidad pública en estos momentos. Solamente hay que comprobar cómo están los hospitales y los centros de salud para confirmar los momentos difíciles para poder ejercer nuestra profesión como hacemos diariamente con nuestra alta cualificación, especial dedicación, interés y compromiso, y así reconocen nuestros pacientes en las muchas encuestas de opinión que se les hacen. Creedme que la Junta Directiva dedica todo su esfuerzo y trabajo a ordenar, representar y defender los intereses de los colegiados que trabajan en todos estos centros.

También incluimos a todos los colegiados que compatibilizáis ejercicio en el sistema público y en el privado, o los que solo lo hacéis en el área privada. Tengo que deciros que se han iniciado los trabajos para en poco tiempo poder dar propuestas claras en este sentido, y os animo a que los que estéis interesados participéis, porque estamos seguros que con vuestra colaboración y apoyo podemos conseguir muchos de los objetivos que siempre hemos tenido y nunca hemos logrado.

No podemos olvidarnos tampoco como colegio del futuro de nuestra profesión, los médicos jóvenes. Por ello, dada la situación actual de dificultades e inestabilidad para el ejercicio profesional, nuestra vocalía de Médicos en Formación ya está trabajando para colaborar tanto con la Administración pública como con las entidades privadas para buscar soluciones a esta precaria situación que afecta a un porcentaje muy alto de los médicos a los que representamos.

Otro de nuestros activos son, sin lugar a dudas, los médicos jubilados. Nuestro objetivo es aprovechar su experiencia, patrimonio y conocimiento en aras de mantener la cualificación de todos los colegiados. La actividad que en los últimos meses está desarrollando nuestra vocalía de Médicos Jubilados se centra en eso, el fomento del papel activo de este colectivo dentro de la estructura colegial.

Como compromiso que adquirí tras ganar las últimas elecciones colegiales, quiero insistir en que la ética y la deontología empieza por la gestión, la actividad y la actuación del propio colegio. Por ello, y porque es nuestro compromiso, la transparencia, la evaluación y los resultados serán los ejes que sostendrán las actuaciones de esta Junta Directiva.

Cualquier aclaración, duda o pregunta que tengáis, estaremos encantados de poder resolverla. Aprovecho esta ocasión para daros las gracias por vuestra ayuda para construir un nuevo colegio y mandaros un cordial saludo.

Colegio de Médicos de Madrid

Santa Isabel, 51
28012- Madrid
Tel: 91 538 5100/01
Fax: 91 539 63 06
www.icomem.es
Edita ICOMEM

MADRID
MÉDICO

CONSEJO EDITORIAL

Presidenta:

Sonia López Arribas

Vicepresidenta:

Ana Sánchez Atrio

Tesorera:

Ana María Fernández Vidal

Secretario:

Emilio Villa Alcázar

Vicesecretario:

Antonio Ramos Martínez

Atención Especializada y Hospitales:

Eduardo Lobo Martínez

Atención Primaria:

Patricia Valencia Orgaz

Ejercicio Libre:

Yago González Lama

Médicos en Formación:

Estefanía Bolaños Calderón

Médicos Jubilados:

Vicente Guillén Camargo

Médicos No Asistenciales:

Ana María Vara Lorenzo

Médicos Titulares y Rurales:

Carolina Imedio Gutiérrez

Médicos para la Promoción de Empleo y

Cooperación Internacional:

Belén Calderón Llopis

Coordinador:

José García Hernández

jose.garcia@icomem.es

Diseño y maquetación:

Mapaes

Fotografía:

Cedidas por Organización Médica
Colegial y Kike Para

Tirada: 36.800 ejemplares

www.icomem.es

S.P.V.: 323- R- CM

Deposito Legal

M-31413-1981

ISSN 1131-8317

Imprime: Gráficas JOMAGAR, SL
C/ Moraleja de Enmedio, 16 28938
Móstoles (MADRID)

Distribución: UNIPOST

SUMARIO



5

Entrevista a la nueva Junta Directiva del Icomem

8

Reportaje: Objetivos estratégicos de la junta

10

El Icomem rechaza el Plan de sostenibilidad e insiste en el diálogo con los profesionales

11

Los profesionales presentan su modelo de autonomía de gestión en Primaria

12

Comienzan las actividades para precolegiados

13

Nuevo reglamento de la actividad médica pericial • Acuerdo entre el Icomem y la Acesima para defender el ejercicio privado

14

El Icomem defiende el profesionalismo médico

15

Revista de prensa

16

Aprovecha las ventajas de estar colegiado

17

Cursos para médicos

19

Formación médica continuada

35

Caso clínico

38

Entrevista de cierre: Pedro Ruiz Barnés, el Defensor del Médico

La actual Junta Directiva repasa las líneas fundamentales que guiarán su gestión al frente del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

“Colegiación útil, apertura y transparencia marcan nuestra hoja de ruta”

Después de cinco meses de intenso trabajo para poner en alza la colegiación útil como línea prioritaria de trabajo, y mediar como corporación de derecho público tanto con los médicos colegiados como con la Administración en el conflicto sanitario que suscitó la presentación a finales de octubre del denominado “Plan de Medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público” por parte del Gobierno autonómico

para hacer frente a la crisis económica y al recorte presupuestario para 2013, la actual Junta Directiva del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) seguirá trabajando para dar cumplimiento a una hoja de ruta programática que incluye, entre otros aspectos, posicionar al médico en el centro de la toma de decisiones como pilar fundamental de la sanidad, y sanear el colegio de forma que se convierta en una institución abierta, atractiva y transparente.

PREGUNTA. ¿Qué retos se ha marcado la nueva Junta Directiva del Icomem?

RESPUESTA. Uno de los más importantes es posicionar al médico en el centro de la toma de decisiones como pilar fundamental de la sanidad. Además, sanear el colegio es una tarea necesaria para conseguir que las cuotas que pagan los colegiados sean lo menos cuantiosas y lo más rentables posibles. Es nuestro concepto de colegiación útil. Queremos un colegio abierto, atractivo y transparente. Otro de nuestros principales objetivos es posicionar al colegio en la sociedad como punto de referencia para todas las cuestiones sanitarias. Para este fin, contamos con la suerte de tener un gran número de profesionales del más alto nivel y prestigio en nuestros centros sanitarios, cuya opinión y conocimientos nos han de guiar a la hora de afrontar cualquier tipo de problemática de índole sanitario.

Otro aspecto muy destacable, por útil y por ser el primero, es el del gran esfuerzo que se ha hecho en poco tiempo para actualizar la página web del colegio, y dotarla de capacidad para funcionar como ventanilla única. Ahora se trata de un recurso útil para el colegiado, ya que en ella no sólo puede encontrar información, también facilita todas las gestiones administrativas para las que hasta ahora había que acercarse al colegio. Se implantó hace aproximadamente un mes y, aunque aún está sin publicitar, son numerosos los expedientes o procedimientos que se han iniciado desde la misma. Además, al mes siguiente de

nuestra toma de posesión, todos los certificados solicitados por los colegiados han pasado a ser gratuitos y son enviados también de forma gratuita a su domicilio. Eso implica, aparte del ahorro económico, el ahorro de tiempo y todas las molestias que ocasionaba solicitarlo de manera presencial en el colegio.

Otro tema importante es el compromiso que adquirimos con los colegiados acerca de la remodelación de la figura del perito. Buscamos que cuando un colegiado se vea en una situación difícil ante la justicia y tenga que ser peritado desde el punto de vista médico, esta labor la lleve a cabo alguien realmente capaz, especializado, experto, y cuya opinión sea realmente adecuada y fiable para la justicia. Por ello, hemos dado el primero de una serie de pasos encaminados a mejo-

rar la figura del perito hasta acercarlo a la excelencia. Los médicos debemos ser evaluados ante la justicia por expertos de primer nivel, y esto, desgraciadamente, no es lo que estaba pasando en muchos casos hasta ahora.

A destacar también la creación de la figura del defensor del médico como persona cercana al colegiado con problemas que le guiará y le ayudará en la resolución del mismo siempre que sea posible; la reactivación del departamento de formación médica continuada del Icomem, con la búsqueda de nuevos cursos y ciclos de interés para los colegiados, además de potenciar y ayudar a los colegiados jóvenes para la dirección y organización de cursos de formación continuada e investigación; la ampliación de actividades para los jubilados con especial interés en resaltar su experiencia acumulada, que será de gran utilidad para otros colegiados más jóvenes; y el acercamiento a los estudiantes de Medicina con la creación de una comisión de pregrado donde se discutirán casos clínicos, se organizarán seminarios de interés y actividades de voluntariado.

PREGUNTA. Otra de las prioridades es la lucha contra la morosidad. ¿Qué está haciendo la Junta Directiva para ello?

RESPUESTA. Cuando llegó la actual Junta Directiva al colegio la bolsa de cuotas impagadas ascendía a 3,5 millones de euros. La gran mayoría de esos impagos ya han sido trasladados a la asesoría jurídica para su resolución judicial. Para hacer frente a esta elevada mo-

“Queremos posicionar al médico en el centro de la toma de decisiones como pilar fundamental de la Sanidad, y al colegio en la sociedad como punto de referencia para todas las cuestiones sanitarias”

“Sanear el colegio es una tarea necesaria para conseguir que las cuotas que pagan los colegiados sean lo menos cuantiosas y lo más rentables posibles”

rosidad, acordamos modificar el procedimiento de cobro que hasta ahora se llevaba a cabo, y sobre el montante de impagos sobre el que se pueda actuar al no haber entrado aún en un procedimiento judicial, se ha modificado la pauta de actuación a través de una gestión basada en la prevención, la comunicación y la localización de cara a informar al médico de su situación y poder poner así una solución al problema de los impagos. En cinco meses, el Colegio de Médicos de Madrid ha conseguido recuperar 76.000 euros con un compromiso claro: esclarecer la deuda generada a lo largo del tiempo y gestionar para la institución un activo perdido a lo largo de los últimos años.

PREGUNTA. ¿De qué manera se está acercando la institución a los profesionales para que estos sientan que el colegio es de utilidad? ¿Cuál es la opinión generalizada de los médicos a los que están pidiendo sugerencias?

RESPUESTA. A través de la nueva página web y del Defensor del Médico esperamos que los colegiados encuentren una vía fluida de comunicación. Además, la Junta Directiva está compuesta por médicos que ejercen habitualmente en cada una de sus respectivas especialidades. No se trata de un grupo de políticos profesionales ni de un grupo de personas que quieran vivir de la institución, todos nosotros somos médicos en ejercicio, que amamos y sufrimos nuestra profesión por encima de todas las cosas, por eso conocemos de primera mano los problemas que atraviesa la Sanidad madrileña, y recabamos información diariamente en los pasillos de nuestros centros sanitarios.

Asimismo, mantenemos reuniones con los distintos agentes sociales de la política madrileña y estamos poniendo en marcha las mesas de primaria y de hospitales.

Además, estamos realizando una encuesta para conocer la satisfacción del médico con el sistema sanitario de nuestra comunidad y de qué manera las nuevas situaciones derivadas de la precariedad presupuestaria nos están afectando. Utilizaremos este recurso de las encuestas, incluso recurriremos a agencias especializadas, para conocer la opinión de nuestros compañeros con respecto a temas de envergadura.

Finalmente, tenemos el proyecto de constituir una Comisión de Calidad que ha de velar por que las diferentes situaciones que surjan de las nuevas condiciones económicas no menoscaben la calidad asistencial de una forma inaceptable.

PREGUNTA. ¿Cuál es la postura del Colegio de Médicos frente a las compañías de seguros médicos (honorarios cada vez más bajos...) y estrategia para defender al médico que trabaja en la sanidad privada?

RESPUESTA. La actuación en el campo de la Medicina privada es compleja, y tiene principalmente tres frentes: en primer lugar, un tema que estamos trabajando a fondo y con la premura de los plazos que marca la UE es el de la receta electrónica. El colegio va a ofrecer a todos los colegiados en los próximos días todas las medidas para que pueda adaptarse sin problemas al nuevo real decreto de receta privada, tanto en soporte papel como en formato electrónico, ambas bajo las directrices de dicho real decreto y de la OMC.

Otro tema que nos preocupa es el de la sub-contratación y la sub-sub-contratación, tan habitual en nuestro medio y que no sólo resta dignidad al ejercicio de la profesión, también bordea la legalidad en algunos casos, por lo que buscaremos la forma de implantar un contrato tipo, de mínimos, para que nadie se vea desprotegido desde el punto de vista laboral en el ejercicio de su profesión en el ámbito privado.

“Cuando llegó esta Junta al colegio, la bolsa de cuotas impagadas ascendía a 3,5 millones de euros. Una prioridad será luchar contra la morosidad a través de un nuevo procedimiento de cobro”

“No somos políticos ni personas que queramos vivir de la institución, somos médicos en ejercicio que conocemos de primera mano los problemas que atraviesa la Sanidad madrileña”

Finalmente, y aunque pensamos que efectivamente debemos y podemos pedir un esfuerzo a las compañías aseguradoras para adecuar los baremos y acercarlos al mínimo exigible por un profesional de la medicina, también creemos que este esfuerzo no se puede pedir a cambio de nada y que no es sólo a las compañías aseguradoras a las que hay que pedirselo, ya que habitualmente hay muchos intermediarios entre el pagador (la aseguradora) y el cobrador (el médico). Por este motivo pretendemos fomentar desde el Icomem un sistema, sobre el que estamos trabajando a diferentes niveles, que premie la calidad y que favorezca al profesional que en último término lleva a cabo el acto médico.

PREGUNTA. La figura del Defensor del Médico ya funciona, ¿no es así?

RESPUESTA. Efectivamente. Era uno de los objetivos primordiales de esta candidatura, junto con la regulación del peritaje médico. La ostenta el doctor Pedro Ruiz Barnés. Su misión fundamental es recibir al colegiado que acude solicitando ayuda: escuchar, reconducir, mediar y guiar hasta la resolución del problema. Para ello cuenta con el apoyo de todos los estamentos del Icomem: asesoría jurídica, comisión deontológica si lo requiere, junta directiva, etc., con el fin de ayudarlo y en ningún caso entendiéndose su actividad como sindical.

PREGUNTA. ¿Han anulado ya estatutariamente los contratos que suponen dependencia?

RESPUESTA. Nuestra intención es cambiar los estatutos de forma que no existan dependencias de ningún tipo en el colegio. Se está trabajando en este sentido para presentar una propuesta a los compromisarios. La gran mayoría de los contratos heredados de la anterior junta directiva finalizan o bien a finales de año o bien a lo largo de 2013, con lo cual es decisión de esta junta llevarlos a término y renegociar después los que interesen siempre buscando los precios más competitivos del mercado. Los contratos serán renovables anualmente y estableceremos que se puedan romper de forma unilateral cuando cualquiera de las partes lo considere pertinente, de forma que el Colegio de Médicos no quede hipotecado con ningún contrato que le pudiera suponer una carga indeseable. La vigencia máxima de cualquier contra-



La actual Junta Directiva del Colegio de Médicos de Madrid, durante su toma de posesión, junto al consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty y el presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín.

to será la de la propia Junta, de forma que próximos gobiernos del colegio queden libres de cargas y puedan efectuar contratos libremente.

PREGUNTA. ¿Cuál es la estrategia formativa para los médicos?

RESPUESTA. El colegio ha retomado las riendas de la formación médica continuada. Pretendemos renovar completamente la filosofía ya que, sin dejar de lado las numerosas iniciativas docentes provenientes de las medicinas alternativas y estéticas, que hoy predominan en la cartera de cursos que ofrece el colegio y que son valoradas por esta Junta directiva, pretendemos aumentar la cantidad y la proporción de cursos que toquen áreas de la medicina convencional. Nuestro interés sería poder atraer cursos de aquellas especialidades que cuentan con facilidades para obtener financiación, y utilizar los beneficios que se obtuvieran para financiar actividades formativas de aquellas especialidades que tienen más dificultades para encontrar esa financiación. En este sentido estamos dando pasos importantes al haber soslayado un escollo fundamental, ya que estamos cerca de poder recuperar la gestión que sobre las instalaciones del colegio (principalmente las salas) venía ejerciendo una empresa ajena al colegio.

En definitiva queremos que el colegio sea un lugar competitivo para atraer cursos y congresos. También promoveremos las clases magistrales de jubilados a médicos jóvenes, e incluso a estudiantes de medicina de últimos años, y crearemos becas para nuevos investigadores madrileños.

"Buscaremos la forma de implantar un contrato tipo de mínimos para que nadie se vea desprotegido desde el punto de vista laboral en el ejercicio de su profesión en el ámbito privado"
"La figura del Defensor del Médico ya funciona. Escucha, reconduce, media y guía al colegiado hasta la resolución de su problema"
"Nuestra intención es cambiar los estatutos de forma que no existan dependencias de ningún tipo en el colegio"

PREGUNTA. ¿En cuánto está dispuesta a rebajar las cuotas del colegio? ¿Cuándo?

RESPUESTA. La principal prioridad de la actual Junta directiva es ofrecer servicios útiles a los colegiados. Es evidente que en la situación de crisis en la que estamos lo ideal sería conseguir bajar sustancialmente la cuota. Aún así, y a pesar del elevado porcentaje de la cuota que está destinado al Patronato y a la OMC, y la preocupante situación económica actual en la que se encuentra el colegio por la elevada tasa de morosidad que se ha visto incrementada sustancialmente a lo largo del último año, en parte por la situación de crisis, y en parte por una mala gestión interna de este problema, nuestra idea es rebajar la cuota en 2013, al menos la parte que corresponde al mantenimiento del colegio. Durante la primera mitad de la legislatura trabajaremos para mejorar los servicios en la idea de la colegiación útil, atajar dicha morosidad para reducirla al mínimo posible, mejorar la gestión interna y conseguir ahorrar para poder en un futuro próximo hacer más con menos y poder así continuar rebajando las cuotas y ayudar a los bolsillos de todos los colegiados.



Objetivos de la nueva Junta Directiva

Presidenta



Vicepresidenta



Tesorera



Secretario



Ana Isabel Sánchez Atrio

Reumatóloga, Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares

"Haremos del Icomem un colegio abierto, cercano y útil para los colegiados. Activaremos y potenciaremos las relaciones con otras instituciones como la OMC y Unión Profesional"

"Crearemos la Comisión precolegiación con actividades culturales y científicas de interés para nuestros estudiantes de Medicina, y fomentaremos su participación en actividades relacionadas con ONGs, como Desarrollo y Asistencia o la Fundación Theodora"

Ana Mª Fernández Vidal

Oftalmología, Hospital Clínico San Carlos

"Queremos transmitir transparencia a través de los presupuestos y conseguir dar más servicios al colegiado al menor coste posible, a través de una buena gestión, labor que solo se puede realizar con la ayuda de un buen asesor económico y un asesor financiero que sean capaces de realizar buenas negociaciones, conseguir los mejores contratos para el colegio y buscar la mejor financiación posible"

"Conseguir liberar al colegio de contratos en exclusividad es fundamental para lograr precios de mercado"

Emilio Villa Alcázar

Pediatra, C.S. Embajadores

"La comunicación actual entre los colegiados y los ciudadanos con el Icomem es todavía escasa y muy poco fluida. Pretendemos incrementar, facilitar y modernizar las vías de comunicación"

"Crearemos nuevos sistemas que recojan de manera ágil las opiniones de los colegiados y los ciudadanos en temas de actualidad sanitaria o de salud pública que permitan al colegio tomar decisiones rápidas sustentadas en los deseos de aquellos a los que representa. Además, ampliaremos y modernizaremos la cartera de servicios para los colegiados y los ciudadanos"

Vocal de Atención Especializada y Hospitales



Eduardo Lobo Martínez

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Ramón y Cajal

"Denunciaremos y lucharemos por abolir los contratos basura y la precariedad laboral, tanto en la sanidad pública como en la privada"

"Participaremos, junto a las sociedades científicas y la propia consejería, en el control de unos estándares de calidad asistencial en todos los hospitales de la comunidad"

Vocal de Titulares y Rurales



Carolina Imedio Gutiérrez

Pediatra, Centro de Salud El Álamo

"Defenderemos como prioritario unas condiciones dignas para el ejercicio de la profesión en el ámbito rural"

"También promoveremos e impulsaremos la educación para la salud en Atención Primaria"

Vocal de Médicos en Formación



Estefanía Bolaños Calderón

MIR de Hematología y Hemoterapia, Hospital Clínico San Carlos

"Los médicos residentes constituyen un porcentaje no desestimable de todos los médicos de la Comunidad de Madrid y por ello queremos que se les conceda el peso que tienen"

"Promoveremos el reconocimiento que estos médicos merecen y velaremos por la defensa de sus intereses, especialmente, por la calidad de su formación"

Sonia López Arribas

Psiquiatra, Hospital Gómez Ulla

"Desde la presidencia transmitiremos, sobre todo, transparencia y acercamiento al colegiado"

"También es necesario convertirnos en interlocutor válido con la Consejería de Sanidad desde el trabajo diario y siempre en contacto con nuestros compañeros"

Vicesecretario



Antonio Ramos Martínez

Medicina Interna, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda

"Modificaremos los requisitos para ser considerado perito del Icomem de forma que prime la calidad y evitar peritaciones por colegiados que no conocen en profundidad la materia objeto de la peritación"

"Informaremos a la población de los tratamientos que carecen de fundamento científico alguno y que sólo están basados en el efecto placebo"

Vocal de Médicos de Ejercicio Libre



Yago González Lama

Gastroenterología, Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda

"Trabajaremos para que el colegiado que ejerza en el ámbito de la medicina privada en Madrid esté mejor considerado, tanto por las compañías aseguradoras como por las instituciones, o incluso por diferentes empresas que subcontratan a los médicos"

"Facilitaremos a los colegiados los medios del colegio para ayudarles en los problemas y dudas que suscita el desarrollo de la profesión en el ámbito privado, es decir, asesoría legal, laboral, relaciones con aseguradoras, ayuntamientos, etc."

Vocal de Atención Primaria



Patricia Valencia Orgaz

Médico de Familia, Dirección Asistencial Oeste

"Potenciaremos la A.P. en la Comunidad de Madrid con la finalidad de que sea realmente la base sobre la que se sustente el sistema sanitario madrileño, velando por la consecución de unas condiciones y ámbito asistenciales adecuados que garanticen la profesionalidad y calidad inherentes al acto del médico en atención primaria"

"Promoveremos el reconocimiento público de este nivel asistencial y en consecuencia fomentaremos el prestigio de los médicos que trabajan en él"

Vocal de Promoción de Empleo y Cooperación Internacional



Belén Calderón Llopis

Pediatra, Hospital La Paz

"Informaremos a los colegiados acerca de la oferta pública de empleo a través de nuestra bolsa, ayudándoles en todo lo posible"

"Abriremos nuevas vías de colaboración internacional para el colegiado que busque trabajo en el extranjero, y mantendremos y potenciaremos, en la medida de lo posible, nuestras ayudas para ONGs y cooperación internacional"

Vocal de Médicos Jubilados



Vicente Guillén Camargo

Medicina Interna, jubilado, Hospital 12 de Octubre

"He venido, no a servirme, sino a servir al médico jubilado, sobre todo al que se encuentra solo. Estamos formando un grupo de médicos jubilados visitantes que acompañarán y paliarán la soledad"

"Nos dirigiremos también a los médicos jóvenes, a la cantera, para transmitirles nuestra experiencia y se aprovechen de ella"

Vocal de Médicos no Asistenciales



Ana Mª Vara Lorenzo

Admisión y Documentación Clínica, Hospitales y Centros Milenium, Sanitas

"Impulsaremos un grupo de trabajo multidisciplinar con expertos en legislación de protección de datos, médicos documentalistas tanto del ámbito público como del privado para promover el desarrollo, a nivel de la Comunidad de Madrid, de una política de conservación y expurgo de la documentación clínica"

"Mantendremos abierta la disponibilidad de esta vocalía a las necesidades que desde colectivos como los médicos forenses, médicos de la industria farmacéutica o médicos en la función pública puedan requerirlo"

CONFLICTO EN LA SANIDAD

El Icomem rechaza el Plan de sostenibilidad e insiste en el diálogo con los profesionales

El colegio hace hincapié en su apuesta por el diálogo para desbloquear el conflicto y pactar unas medidas que permitan que el ajuste presupuestario no afecte de forma negativa a la sanidad



Los médicos y el resto de profesionales sanitarios han mostrado su rechazo al Plan del Gobierno regional en diferentes manifestaciones y 'marchas blancas' por las calles de Madrid.

Horas después de que a finales de octubre el consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, presentara el denominado "Plan de medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público", el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) convocó de inmediato su gabinete de crisis que decidió reunir de urgencia tanto a las Mesas de Atención Primaria y Atención Especializada y Hospitales así como a la vocalía de Médicos en Formación. Sus conclusiones: rotundo rechazo al plan.

Escuchados estos órganos, el Icomem mostró su oposición a las medidas incluidas en el plan por la forma en la que se habían elaborado sin contar con la organización colegial, que demanda una participación activa en la toma de decisiones, ni con otras asociaciones profesionales y sociedades científicas.

El colegio también se opuso rotundamente a la transformación de los hospitales de La Princesa y el Carlos III porque, en su opinión, suponía una reducción de la calidad asistencial a la población asistida, no se había contado con los profesionales de los centros para esa transformación y no se había previsto qué iba a ocurrir con las unidades de referencia de dichos hospitales. También se mostró contrario a la externalización de la gestión del personal sanitario de los hospitales públicos, en tanto que, tal como

se había planteado, podía acarrear un deterioro en la calidad asistencial al producir una reducción de plantillas y una reordenación de los recursos humanos que iba a suponer un despido encubierto de un gran número de médicos interinos y eventuales, así como una importante pérdida de potencial docente y de formación continuada.

La institución colegial también se mostró preocupada por la incertidumbre que

genera el plan sobre la formación de los futuros médicos, exigió que se garantizara la calidad de la docencia de los servicios con residentes y de las unidades docentes en los hospitales que se pretende pasen a ser de gestión privada, y advirtió que una formación que no cumpla criterios de calidad lleva aparejado un deterioro de la calidad asistencial.

El Icomem también rechazó cualquier medida que suponga la privatización de la Atención Primaria y se opuso también a la tasa de un euro por receta expedida porque puede afectar de forma negativa al cumplimiento terapéutico y porque existen otras medidas alternativas, como el desarrollo y la implantación de la receta electrónica.

Un plan alternativo

Ante las medidas planteadas en el Plan por parte de la Consejería, el Colegio de Médicos de Madrid propuso que se retiraran y se crearan grupos de trabajo para estudiar otros planes alternativos que redunden en la eficiencia del sistema. La institución colegial, desde la lealtad institucional, ha insistido en su ofrecimiento de diálogo y colaboración a la Consejería de Sanidad, con la que se ha reunido en varias ocasiones, para impulsar cualquier tipo de actuación dirigida a la modificación y mejora del contenido del plan con el fin último de mantener la calidad asistencial de los madrileños.

Aglutinando colectivos profesionales

Desde que se aprobara el Plan, la corporación médica ha venido realizando una labor aglutinadora de numerosos colectivos profesionales, ninguno con intereses que no fueran los estrictamente profesionales, que han mostrado su rotundo rechazo a las medidas del plan, y cuyos planteamientos pueden ayudar a reformar el sistema para hacerlo más eficiente.

En este sentido, el Icomem ha celebrado diversas reuniones y ha formado grupos de trabajo, de naturaleza científico-técnica, con sociedades científicas y organizaciones profesionales tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria, que han dado lugar a documentos de trabajo, análisis y conclusiones que la corporación médica ha ofrecido a la Consejería de Sanidad como alternativa.

El Icomem, en el comité profesional

La profesión médica madrileña en bloque, representada por los jefes de servicio de todos los hospitales, los coordinadores de los planes estratégicos de las diferentes especialidades, representantes de sociedades científicas médicas, los directores de centros de Atención Primaria, la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem), junto con el resto de profesiones sanitarias, entre ellas, la Enfermería representada por el Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Madrid, solicitaron a la Consejería de Sanidad la paralización del denominado "Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público" de la Comunidad de Madrid.

En un intento por reconducir la grave situación generada en la Sanidad madrileña tras la presentación del plan, crearon un comité coordinador profesional que reivindica la creación de una o varias mesas técnicas conjuntas con el objetivo prioritario de articular un conjunto de medidas que permitan compatibilizar el cumplimiento del límite presupuestario con el mantenimiento de la calidad y la equidad del sistema sanitario en el tiempo.

Estas organizaciones profesionales, en una unión sin fisuras, reiteraron en un momento de crisis económica su compromiso con la salud de los pacientes y con la propia Consejería, y manifestaron su disposición renovada a implicarse en la gestión y toma de decisiones profesionales, cuya máxima responsabilidad, sin duda alguna, es del propio profesional, y no de terceros.

Los profesionales presentan a la Consejería su modelo de autonomía de gestión en Primaria como alternativa a la externalización de centros

Los Colegios de Médicos y Enfermería y todas las sociedades de médicos de Atención Primaria y Pediatría son partidarios de la autonomía de gestión dentro del marco legal actual de libertad de elección

Organizaciones profesionales que representan a la Atención Primaria de Madrid en bloque remitieron al consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, y al director general de Atención Primaria, Antonio Alemany, su modelo de autonomía de gestión para el primer nivel asistencial como alternativa a la propuesta de sacar a concurso la gestión de 27 centros de salud, incluida en el "Plan de garantías para la sostenibilidad del sistema sanitario público".

El modelo está consensuado por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem), el Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería de Madrid, la Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica en Atención Primaria, la Asociación Madrileña de Enfermería de Atención Primaria, la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria – Madrid, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia – Madrid, la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha.

La propuesta de los médicos, pediatras

y enfermeros de Atención Primaria consiste en avanzar en fórmulas ligadas a la mejora de la gestión de los centros. Para ello consideran que la autonomía de gestión es una fórmula adecuada tanto para los profesionales de Atención Primaria como para el Servicio Madrileño de Salud (Sermas), ahora bien, la creen posible dentro del marco legal actual, en base a la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de libertad de elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

"Otras formas de autogestión, como los modelos de asociaciones de profesionales que tienen plena capacidad y responsabilidad y asumen el riesgo de una trayectoria deficiente, suponen una nueva normativa jurídica y unos riesgos inherentes a ese modelo, cuando todavía no se ha demostrado que la autogestión de asociaciones de profesionales entrañe unos mejores resultados en salud ni una gestión más eficiente de los recursos", explican las organizaciones profesionales en el documento presentado.

Modelo de calidad con la máxima eficiencia

El sector de la Atención Primaria madrileña considera que para implantar la autonomía de gestión será necesario establecer unos requisitos normativos y organizativos que permitan alcanzar un modelo basado en la calidad de la asistencia con la máxima eficiencia. Los centros que integran el Sermas deberán contar con un sistema integral de gestión que permita, de acuerdo con su planificación estratégica, implantar técnicas de dirección por objetivos, sistemas de control de gestión orientados a los resultados y sistemas de estándares de servicios; delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y en la calidad de la asistencia.

Los Colegios de Médicos de toda España apoyan al Icomem

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC), que representa a más de 225.000 médicos colegiados, manifestó durante la III Convención de la Profesión Médica que se celebró a finales de noviembre, su total apoyo al Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) en su preocupación por la situación que está atravesando la Sanidad en la comunidad autónoma.

Los presidentes de los Colegios Oficiales de Médicos de toda España, reunidos en Madrid para debatir los principales problemas que afectan al ejercicio profesional, apoyaron por unanimidad un manifiesto que el Colegio de Médicos de Madrid les presentó, donde la corporación madrileña se oponía de forma rotunda a las medidas incluidas en el "Plan de garantías para la sostenibilidad del sistema sanitario público" de la Comunidad de Madrid.

El Colegio de Médicos de Madrid se acerca a sus futuros colegiados

Comienzan las actividades para precolegiados

Uno de los objetivos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) en esta nueva etapa es acercarse a los estudiantes de Medicina y futuros colegiados. Por eso, la corporación médica irá poniendo en marcha paulatinamente una serie de actividades precolegiales pensadas especialmente para cubrir sus inquietudes y necesidades.

De momento, el colegio ha firmado un acuerdo con la ONG Desarrollo y Asistencia para que los estudiantes puedan hacer una labor de voluntariado con médicos ya jubilados que necesiten compañía o algún tipo de ayuda. Una iniciativa que ha sido muy bien acogida por parte de los futuros médicos, tal y como señala Álvaro Cerame, estudiante de 3º de Medicina: "Para ser médico hay muchos aspectos de desarrollo personal que no se dan en la facultad y creo que este tipo de voluntariados te pueden aportar todas esas habilidades que durante la carrera se deberían dar pero que fallan un poco".

Para hacer llegar este tipo de actividades a los estudiantes, el Icomem les convocó en noviembre a un encuentro informal en el que se les ha hecho partícipes de los proyectos orientados a



Gliria Durán (Icomem) y la vicepresidenta Ana Sánchez Atrio con Elvira Bernaldo de Quirós (Desarrollo y Asistencia).

ellos que la institución colegial tiene en su programa, como la miniacademia, diferentes actividades de tipo cultural o el mencionado voluntariado. Para ser voluntario sólo hace falta ponerse en contacto con el colegio, en concreto con Gliria Durán, la responsable de Voluntariado del Icomem. La ONG se encargará tanto de darle la formación necesaria como de aportar la cobertura legal que se requiere para llevar a cabo este tipo de actividades. La vicepresidenta del Icomem, Ana Sánchez Atrio, fue la encargada de di-

rigir este encuentro y aprovechó la ocasión para remarcar los esfuerzos que está haciendo el colegio para involucrar a los futuros colegiados: "Estamos empezando un programa en el que los estudiantes participan diciéndonos qué es lo que ellos necesitan o qué creen que les puede aportar el colegio". Además, señaló que para el Colegio de Médicos de Madrid es muy importante que los estudiantes de Medicina se acerquen al colegio y empiecen a participar activamente en todas las actividades.

Asamblea de compromisarios

El Icomem presentará a principios de 2013 unos nuevos presupuestos acordes a las sugerencias de los compromisarios

La Junta Directiva del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) ha decidido este miércoles elaborar y presentar entre enero y febrero de 2013 un nuevo proyecto de presupuestos para el próximo año que recoja las sugerencias y aportaciones que los compromisarios han manifestado hoy durante la asamblea, donde han rechazado el proyecto presentado con 63 votos en



La Comisión Permanente, durante la Asamblea de Compromisarios.

contra, 55 a favor y 4 abstenciones. Este nuevo proyecto pondrá en valor la línea de trabajo mantenida por la actual Junta Directiva hacia la colegiación útil, respaldada hoy por los compromisarios, que también se mostraron partidarios del papel que está jugando la

corporación médica en el conflicto sanitario en Madrid con el denominado "Plan de medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público", presentado por el Gobierno regional y rechazado por la mayoría de organizaciones profesionales.

El colegio diseña un nuevo reglamento regulador de la actividad médica pericial

Para la incorporación de un colegiado en la lista de peritos elaborada y remitida por el Colegio de Médicos a los Juzgados y Tribunales de la Comunidad de Madrid será preciso reunir los siguientes requisitos:

- Estar colegiado en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- Aportar el título correspondiente a la especialidad en la que se solicita la inclusión como perito.
- Acreditar fehacientemente estar en activo en el ejercicio de la profesión médica, en la especialidad correspondiente, durante al menos diez años de forma ininterrumpida, salvo circunstancias especiales que permitan a la Junta Directiva no tener en cuenta este período mínimo indicado.
- Demstrar, en la especialidad que corresponda, la participación activa del solicitante en intervenciones quirúrgicas, en procedimientos diagnósticos o terapéuticos durante, al menos, diez años de forma ininterrumpida. Pueden existir circunstancias especiales que permitan a la Junta Directiva no tener en cuenta este período mínimo indicado.
- Acreditar, en su caso, la formación en alguna área de capacitación o subespecialidad
- No inscribirse en más de una especialidad médica.
- No estar incurso en causa de incompatibilidad ni haber sido valorado negativamente por la sociedad científica de su especialidad o por la Comisión Deontológica de la Corporación, ni haber sido sancionado penal ni administrativamente por hechos relacionados con el ejercicio de la medicina, salvo que cumplida la pena o sanción, se encontrase la misma cancelada.
- Hallarse al corriente en el pago de las cuotas colegiales y en el cumplimiento de las demás obligaciones económicas con el Colegio.
- Aceptar la regulación de la actividad pericial médica contenida en el presente reglamento.
- Presentar la solicitud de incorporación, con la documentación requerida y abonar los gastos correspondientes.

Ejercicio Libre

El Icomem y la Acesima aunan esfuerzos para defender el ejercicio privado de la Medicina

El Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) y la Asociación de Clínicas y Entidades sin Internamiento de la Comunidad de Madrid (Acesima) han firmado un convenio de colaboración mediante el cual pretenden aunar esfuerzos dirigidos a la defensa del ejercicio privado de la Medicina.

El objeto del convenio, de dos años de duración prorrogables, es impulsar la defensa del ejercicio privado de la Medicina en la Comunidad de Madrid en todos los ámbitos (retributivo, organizativo, en el propio encuadramiento de Seguridad

Social de sus profesionales, en materia fiscal, etc.), de modo que redunde en beneficio de los colegiados que ejerzan en dicho ámbito.

Mediante este convenio, el Icomem pone a disposición de Acesima su apoyo institucional y su asesoramiento en todas aquellas iniciativas dirigidas a conseguir el objetivo marcado.

Además, Acesima se compromete a facilitar la relación del Icomem con sus asociados y a proporcionar todos los antecedentes que sirvan para alcanzar los objetivos propuestos.



La presidenta del Icomem, Sonia López Arribas, junto a la directiva de Acesima durante la firma del convenio.

Jubilados

La Junta Directiva aprovechará la experiencia acumulada del médico jubilado

La presidenta del Icomem, Sonia López Arribas, presidió el pasado 17 de octubre el XLV día del médico jubilado donde resaltó que la corporación médica quiere seguir contando con la sabiduría de estos facultativos. "Su experiencia acumulada a lo largo de todos estos años está más viva que nunca. Es un potencial que, ni mi equipo, ni yo misma, nos podemos permitir desaprovechar", dijo la presidenta. Por ello, el Colegio de Médicos de Madrid, en esta nueva etapa, ampliará el número de actividades dirigidas a los jubilados, con especial interés en resaltar ese conocimiento que les ha dado la experiencia y el ejercicio profesional durante todos estos años, un conocimiento que será de gran utilidad para otros colegiados, sobre todo, los más jóvenes. El vocal de Jubilados, Vicente Guillén, fue el encargado de presentar un acto donde se nombraron Colegiados de Honor al Dr. Santiago Martínez Fornés y la Dra. Amalia Del Palacio Hernández.

Por otra parte, este 21 de diciembre se ha celebrado la tradicional chocolatada y el concierto de Navidad. Además, está en marcha un proyecto de viaje a Eslovenia y Croacia para mayo de 2013, y entre enero y febrero se celebrarán cursos completos de informática dirigidos a estos colegiados. Asimismo, se han realizado ya propuestas de Viajes Laurora para Nochevieja y se han reanudado las visitas guiadas al colegio.



Sonia López Arribas, presidenta del Colegio de Médicos de Madrid

El Icomem defiende el profesionalismo médico y la libertad del acto médico frente a las injerencias políticas

La presidenta del Colegio de Médicos de Madrid (Icomem), Sonia López Arribas, señaló que el profesionalismo médico y la defensa global del acto médico serán intangibles para la institución que preside, una defensa, a su juicio, "cada vez más necesaria debido a que las injerencias de las administraciones sanitarias, escudadas en la crisis y la austeridad, son cada vez más continuas y flagrantes".

Asimismo, López Arribas añadió que estas injerencias políticas han puesto en tela de juicio el acto médico y han hecho peligrar lo que, en su opinión, debe ser otro intangible: la libertad de prescripción y del acto médico, tanto diagnóstico como terapéutico, eso sí, puntualizó, "sin perder de vista el coste-efectividad en la toma de decisiones".

La presidenta del Icomem hizo estas manifestaciones durante el acto de entrega en la sede del colegio de la XI edición de los Premios Reflexiones del Grupo Sanitaria 2000, donde remarcó que el liderazgo, la

entrega, la independencia y la responsabilidad hacia el ejercicio profesional son valores que defenderá el colegio en esta nueva etapa.

López Arribas, que entregó un accésit a José Luis Puerta, coordinador del área de Antropología Médica del Centro Mixto de la Universidad Complutense y el Instituto de Salud Carlos III, también hizo hincapié en los objetivos que se ha fijado la institución que preside desde mayo: "definir las directrices éticas de la profesión, velar por el desempeño de los valores profesionales de sus colegiados y avalar y facilitar el desarrollo profesional de los mismos".

Por último, recordó que el Icomem será un colegio abierto a la información, atractivo y transparente con un doble objetivo: por un lado, posicionar al médico en el centro de la toma de decisiones como pilar fundamental de la sanidad, y por otro, posicionar al colegio en la sociedad como punto de referencia para todas las cuestiones sanitarias.

La Fundación Theodora, en la tradicional fiesta de Navidad

El Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) se ha propuesto colaborar con varias ONGs. Una de ellas es la Fundación Theodora, organización que tiene por objetivo arrancar una sonrisa inmediata a cualquier niño hospitalizado.

Esta fundación traerá payasos a la ya tradicional fiesta infantil de Navidad del Icomem que se celebra en el Gran Anfiteatro los próximos 22 y 23 de diciembre, dirigida especialmente a los hijos y nietos de colegiados.



Mutual Médica modifica sus cuotas mensuales para 2013

Mutual Médica, la Mutuallidad de Previsión Social que es alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) para los médicos colegiados en Madrid, en adaptación de la disposición 46 de la Ley 27/2011, ha procedido a modificar sus cuotas mensuales para el próximo año 2013. Los colegiados acogidos a esta alternativa pasarán a abonar el 80 por ciento de la cuota mínima que se paga mensualmente al RETA, es decir, 217,01 euros al mes. Toda la información podrá encontrarla en la página web del Icomem: www.icomem.es.

Disponible la ventanilla única en la nueva web del Icomem

Se pueden realizar todos los trámites sin necesidad de acudir al colegio

La renovación de la página web del Colegio Oficial de Médicos de Madrid (www.icomem.es) ha hecho el colegio más accesible y útil para el colegiado, ya que es posible ya hacer todos los trámites administrativos tanto del colegiado como del ciudadano a través del servicio de ventanilla única sin necesidad de desplazamientos.

Además desde hace ya unos meses la petición de certificados de colegiación ha pasado a ser gratuita y puede ser solicitada por el colegiado a través de la web en el apartado de Ventanilla Única o bien telefónicamente a los teléfonos de atención al colegiado

91 5385121 / 91 5385124 /
91 5385138 / 91 5385133 /
91 5385140 / 91 5385119.

DIARIO MÉDICO

(Del 26 de noviembre al 2 de diciembre)

“Hay 3,5 millones de impagos de cuota”

En una de las primeras entrevistas que concede, Sonia López Arribas, presidenta del Icomem, desveló que cuando su junta directiva llegó al colegio había una deuda de impagos por cuota de 3,5 millones de euros, por lo que atajar la morosidad es una de sus prioridades. Además, destacó que se podrán anular los contratos que generen dependencia a la institución médica.



(Del 10 al 16 de diciembre)

“El plan de Madrid generará más conflictos”

Pedro Ruiz Barnés es el Defensor del Médico en el Colegio de Madrid, una figura pionera cuyo objetivo es mediar entre el colegiado y la Administración y las aseguradoras privadas. Entre sus opiniones en esta entrevista, señala que con las nuevas medidas podría aumentar el acoso laboral, y pide a Fernández-Lasquetty que escuche a los profesionales.



LA RAZON (5 de diciembre)

El Colegio de Médicos alerta: la huelga lleva a una situación insostenible

La Razón se hizo eco de uno de los comunicados que emitió la corporación médica que señalaba que las jornadas de huelga que ha estado viviendo la Sanidad madrileña por el desencuentro entre Consejería de Sanidad y sindicatos podría conducir al sistema sanitario público a una situación insostenible, que podría conllevar en términos asistenciales un riesgo indudable para los pacientes.

EL PAIS (29 de noviembre)

El Colegio de Médicos responde a González: “Debe paralizar el plan”

La cabecera del Grupo Prisa publicó el manifiesto que realizó el Icomem dirigido a la opinión pública donde se aseguraba que las movilizaciones que se estaban desarrollando no se debían, en ningún momento, a intereses políticos sino exclusivamente profesionales. Además, la institución médica pedía la paralización del plan y abrir un periodo de reflexión que incorporara la opinión de los profesionales.

PUBLICICO (19 de noviembre)

Los médicos españoles apoyan a los madrileños en sus reclamaciones contra el Plan de González

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial manifestó su “total apoyo” al Colegio Oficial de Médicos de Madrid en sus reclamaciones contra las nuevas medidas sanitarias aprobadas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid, publicó el diario Público.

EL ECONOMISTA (13 de diciembre)

El Colegio de Médicos, abierto al diálogo con Sanidad para resolver el conflicto

El Economista recogió que el Colegio de Médicos de Madrid había reiterado su disposición al diálogo con el consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, para resolver el conflicto de la Sanidad madrileña. El colegio insistía en que su objetivo y fin fundamental es el entendimiento a través del diálogo.

REDACCION MEDICA (10 de diciembre)

Lasquetty y el Icomem acuerdan analizar medidas para profundizar en la autogestión de los centros de salud

Según recogió el periódico especializado Redacción Médica, el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, mantuvo una reunión con el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Icomem) para intercambiar opiniones sobre el “Plan de medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público”, donde se ha acordado analizar las medidas para profundizar en la autogestión de los centros de salud, tanto en un entorno de gestión directa como en los centros cuya gestión se va externalizar mediante la creación de sociedades de profesionales.

EL PAIS (10 de diciembre)

La atención primaria propone a Sanidad un modelo alternativo de gestión

El País se hacía eco de un documento consensuado presentado a la Consejería de Sanidad y en el que ha participado el Colegio de Médicos sobre un plan que supone más autonomía de gestión en la Atención Primaria sin necesidad de la entrada de empresas.

Aprovecha las ventajas de estar colegiado

1 La **cuota colegial** es **deducible** de los ingresos por trabajo o actividad profesional en el **IRPF**, pudiendo llegar el ahorro hasta el 45% del importe total cuando se tributan tipos máximos (45.900 €)

2 **Seguro de vida** de 6.000 euros en caso de muerte natural, y de 12.000 si el fallecimiento es por accidente. El valor aproximado en contratación individual es: persona de 30 años, 15 €/año; de 45 años, 36 €/año; de 60 años, 130 €/años.

3 **Ayuda** a los colegiados afectados de patologías asociadas al ejercicio de la Medicina (**estrés, burnout, mobbing, toxicomanías...**) a través de la comisión de Ayuda y Prevención al Médico (Caypam), formada por una veintena de colegiados, y la colaboración de la Asesoría Jurídica. Tel. 91 538 51 04.

4 **Seguro de viajes** para el colegiado, cónyuge e hijos fiscalmente a su cargo o que convivan en su domicilio, en sus desplazamientos a todos los países del mundo, excluidos los que tengan terror o guerra. Concertado con Asitur. Póliza nº 1/60/5249055. Telf. en España: 902 54 72 55. Telf. en el extranjero: +3491 807 34 64.

5 **Ayudas** a médicos **inválidos, jubilados, viudas/os de médicos y jubilados** en distintas situaciones, complementando pensiones hasta una determinada cuantía. Los huérfanos estudiantes menores de 25 años tienen becas de entre 1.863 y 2.400 € por curso académico.

6 ● **100 ayudas** de 150 € brutos para los colegiados con hijos en enseñanza **primaria y secundaria**.

● **100 ayudas** de 300 € brutos para los colegiados que tengan hijos estudiando en la **Universidad**. Solicitudes del 15 de febrero al 15 de marzo de 2013. Más información en: www.icomem.es/Prestaciones_y_ayudas

7 **Tarjeta de crédito BOX del Banco Santander**. Gratuita si tienes la nómina domiciliada en tu cuenta, pagas las cuotas del Colegio a través de ésta, y realizas con ella un mínimo de seis compras al año.

8 **Ayudas** a proyectos a desarrollar en **ONG'S** por médicos colegiados (0,7% del presupuesto colegial).

9 **Asesoramiento fiscal y laboral** en asuntos relativos a Seguridad Social, constitución de sociedades mercantiles, contratación laboral, jubilación, sanciones, bajas por I.T., ejercicio de la profesión por cuenta propia, IRPF, IVA, etc. Las consultas se podrán realizar personalmente de lunes a viernes, de 8,30 a 14,30 horas, preferentemente con cita previa en los teléfonos 91 538 51 06 y 07.

10 **Atención gratuita** en análisis clínicos y radiología simple prescrita por el médico de la consulta de jubilados del Colegio a los médicos jubilados y sus cónyuges en los **Hospitales Madrid, Madrid-Montepríncipe y Madrid Torreldones**. En otras pruebas diagnósticas se establecen tarifas especialmente reducidas. También atención gratuita en los Servicios de Urgencia que no requieran hospitalización.

11 Servicio de **Voluntariado Médico**: ayuda altruista de médico a médico, o a los familiares directos que lo precisen, prestando apoyo profesional y humano para conseguir que enfermo y cuidador mejoren su calidad de vida. Voluntarios, contactar con la Dra. Gliria Durán, informando de las horas y día disponibles. Tel. 609 219 955

12 Acceso a las **Bolsa de Trabajo** de la **Fundación ONCE** para los familiares de los médicos colegiados que tengan discapacidades iguales o superiores al 33%, para que puedan acceder a un empleo estable y de calidad. presidencia@icomem.es

13 Los colegiados que hayan dejado de ejercer actividades médicas por jubilación o por cualquier otro motivo, pueden seguir **deduciéndose** como gasto en su declaración de la renta, el importe de las **primas abonadas** del seguro de responsabilidad civil del año correspondiente.

14 Valdeluz, compañía de **centros residenciales para mayores**, ofrece a los colegiados del Icomem y a todos sus familiares, un **8% de descuento** en todas sus tarifas. Servicio **Respiro Familiar**, por el que los meses de junio, julio, agosto y septiembre, aplica un **15% de descuento** para estancias temporales, siempre que se reserve la plaza antes del 15 de mayo. Más información en www.valdeluz.com Telf.: 902 414 300



¿Quieres recibir información de los Cursos que organiza el Colegio?. ¡Envíanos un e-mail con los siguientes datos: nombre y apellidos, nº colegiado, especialidad y dirección de e-mail!*.
Dpto. Formación: infofmc@icomem.es

Cursos médicos que se están impartiendo

Programa de Reciclaje y Actualización para Médicos del ICOMEM (8º Curso)
VI Promoción Curso de Formación Continuada en Acupuntura y Moxibustión (2º año)
Programa Formativo en Medicina Psicosomática y Psicología Médica (Máster, Postgrados Universitarios)
Especialista Universitario en Medicina Estética y Cosmética - 7ª Edición
Magíster en Medicina Estética Antienvjecimiento. 3ª Edición
Magíster en Medicina Estética Antienvjecimiento online
Curso de Puericultura y Pediatría Preventiva Curso XXVII-87 Promoción
Máster en Cirugía Estética (I Edición)
IV Máster en Bioética y Bioderecho

Se necesita un mínimo de alumnos para la realización de los cursos

SISTEMA DE PAGO DE MATRÍCULAS DE CURSOS POR INTERNET EN:
www.fundacion-icomem.org/inscribete

Cursos próximos a realizar

Curso	Fechas	Matrícula	Comienzo plazo inscripción	Entidad colaboradora	Créditos
DICIEMBRE					
Curso Teórico Práctico de Cirugía Menor para Médicos de Atención Primaria	Días 17 y 18 de 16:00 a 21:00 h. (Inscripción cerrada. Curso completo)	Gratuita	23 octubre (Solo Inscripciones individuales, presencial o por teléfono)	Area Científica Menarini	1,9
Curso de Instructores de Soporte Vital Básico (SVB/BLS) y Soporte Vital Vital Avanzado (SVCA/ACLS) para Médicos y Enfermeros (Programa de ACE de SEMES-AHA)	Días 17 y 18. Jornada completa Lugar de celebración: sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid: C/ Santa Isabel Nº 51 - 28012 Madrid		Abierto		Solicitado
ENERO/2013					
VIII Curso de Ventilación Mecánica No Invasiva	Del 28 al 31. De 15:30 a 21:00 h. Lugar de celebración: sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid: C/ Santa Isabel Nº 51 - 28012 Madrid Información e Inscripciones: Neumomadrid www.neumomadrid.org (Tlf. 915643525 Fax: 917451004) secretaria@neumomadrid.org		Abierto	Neumomadrid	4,1
Inteligencia Emocional en la Comunicación: Como crear relaciones más fluidas en el equipo de trabajo, con los pacientes y en el ámbito personal	Días 15, 22 y 29. De 17:00 a 21:00 h. Número máximo de alumnos: 20	75 €	Abierto		1,5
Diagnóstico y Tratamiento de las Arritmias Cardíacas (XV Edición – Nivel Básico)	Del 28 al 31. De 16:00 a 21:00 h. Horas lectivas: 20 (Sólo se puede participar en uno de los cursos cada año).		10 diciembre a partir de las 10 h.		Solicitado
Curso de Formación Básica en Medicina "Lo Esencial en Medicina"	Duración: 4 años (2013 – 2016) Dirigido a: Estudiantes de medicina de los cursos clínicos (tercero, cuarto, quinto y sexto de medicina) y Residentes de primer año de todas las especialidades Diploma Acreditativo del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (Anual) Consultar programa, títulos de las conferencias, docentes y fechas de celebración en la página web. < http://www.fundacion-icomem.org/images/stories/archivos/cursos/2013-01/ESENCIAL_MEDICINA.pdf >	Gratuita	Abierto		
FEBRERO/2013					
Enfermedades Infecciosas: Hepatitis Viricas-VIII Edición	Días 4, 5, 6, 7 y 8. De 16:00 a 21:00 h. Inscripciones: Srta. Cristina Elizaga: 91 640 70 55	Gratuita	Abierto	Alcandora Formación	Solicitado
Abordaje de la Migraña Crónica. Taller Teórico-Práctico	Día 5. De 17:00 a 20:00 h. Dirigido a: Especialistas en Neurología	Gratuita	Abierto	Allergan	Solicitado
Actualización en Cefaleas. Sesión Teórico-Práctica	Día 6. De 17:00 a 21:00 h. Dirigido a: Médicos de Atención Primaria	Gratuita	Abierto	Allergan	Solicitado

FECHAS POR DETERMINAR (Cuando se complete un grupo de interesados) Abierto para Preinscripciones gratuitas

Seminario Diabetes Mellitus Tipo 2: Diagnóstico y Tratamiento	30 € (2 Jornadas de tarde)
Seminario Diabetes Mellitus Tipo 2. Taller Avanzado: Antidiabéticos. Insulinización.	20 € (1 Jornada de tarde)
Curso de Modulación de Voz, Dicción y Vocalización Basado en Técnicas Actorales y de Locución	400 € De 16:00 a 20:00 h. 1 mes (2 tardes a la semana)
Comunicación Eficaz en Ciencias de la Salud: Presentaciones Científicas	69 € 8 horas (2 sesiones de 4 horas)
Redacción y Gestión de Documentos Científicos	75 € (5 Días de 16:30 a 19:30 Horas)
Curso de Análisis Estadístico con SPSS aplicado a la Investigación Clínica	100 € 6 días de 16:30 a 20:30
Cómo Elaborar un Póster Científico	35 € 4 horas
Los Blogs como Herramientas de Comunicación en Salud	35 € 4 horas
Lectura Crítica de Artículos Científicos	35 € 4 horas
Lectura Crítica de Páginas Web	35 € 4 horas
Recuperación de Información Médica en Internet	35 € 4 horas
Técnicas de Mentoring para la Supervisión de Equipos Médicos	108 € 6 horas lectivas (viernes tarde y sábado mañana)
Formación de Formadores-Médicos Ocasionales	180 € 15 horas lectivas (3 jornadas)
Soporte Vital Básico para Personal del Equipo de Salud SVB-DESA	150 € 2 días. Jornada de tarde
Soporte Vital Cardiovascular Avanzado – SVCA	450 € 3 días. Jornada completa
Curso Teórico-Práctico Básico en Cirugía Endoscópica con Simuladores Evolución y Estado Actual. (Dirigido a las distintas Especialidades Quirúrgicas)	300 € 3 días. 12 horas lectivas. Jornada de tarde

Cursos próximos a realizar

FECHAS POR DETERMINAR

Fisiología y Disfunción del Endotelio Vascular. Riesgo Cardiovascular en Distintas Patologías de Base Inmunológica y/o Metabólica	40 € 4 días en jornada de tarde
Taller de Insulinización	30 € 6 horas lectivas en jornada de tarde
Taller de Infiltraciones del Aparato Locomotor en AP	120 € 2 días. 16:00 – 21:00 h.
Taller de Traumatología Básica en AP	135 € 2 días. 16:00 – 21:00 h.
Taller Práctico de Exploración de Codo, Mano y Muñeca (Cuadros Clínicos frecuentes en AP)	75 € 1 Jornada de 16:00 a 21:00 Horas
Taller Práctico de Exploración de Tobillo y Pie (Cuadros Clínicos frecuentes en AP)	75 € 1 Jornada de 16:00 a 21:00 Horas
Taller Práctico de Exploración de Hombro (Utilidad en AP)	75 € 1 Jornada de 16:00 a 21:00 Horas
Taller de Oftalmología para Médicos de AP	70 € 4 días. Horario: 9:00 h. – 14:00 h.
Detección Precoz del Autismo en la Consulta de Pediatría	40 € 2 días. 16:00 – 21:00 h.
Evaluación y Diagnóstico del Autismo en el Ámbito Sanitario- 1º Edic.	80 € 4 días. 16:00 – 21:00 h.
Taller de Prevención, Control y Manejo de la Ira y Hostilidad en la Atención a los Usuarios de Servicios Sanitarios	80 € 3 días
Introducción a La Medicina Psicosomática. Un Enfoque Psicoanalítico	50 € 6 días. 1,5 h./semana Jornada de tarde
Fotografía Digital para Medicina	180 € 2 días
Redacción de Artículos Científicos en Inglés.	
Making Sense: Writing Effective Scientific Medical Articles In English.	175 € Lunes a viernes. 16:00 – 20:00 h.
Taller de Psicoterapia Familiar Breve para la Consulta de Atención Primaria	240 € (4 Jornadas de 5 horas / Tarde)
La Consulta Médica Empática y Eficiente.	
Desarrollar consultas en el ámbito sanitario que aúnen el aspecto profesional y humano.	240 € 4 días. Jornada de tarde
Estrategias y Herramientas para Resolver Conflictos en el Entorno Sanitario	128 € 2 días. Jornada de tarde
5 Herramientas de Coaching Aplicadas a la Práctica Clínica Diaria	450 € 5 días. Jornada de tarde
Como Liderar un Equipo Médico de Alto Rendimiento (Emar)	192 € 4 días. Jornada de tarde
Desarrollo de Equipos Médicos de Nueva Creación	192 € 4 días. Jornada de tarde
Introducción al Análisis Estadístico con Stata Aplicado a la Investigación Clínica	100 € 5 días. 16:00 h. -20:30 h
Cálculo del Tamaño Muestral	30 € 1 día. 3 horas lectivas
Introducción a la Bioestadística	110 € 3 días. 12 horas lectivas
Técnicas Multivariantes en Biomedicina	40 € 1 día. 4 horas lectivas
Introducción al Meta-Análisis de Estudios Clínicos	100 € 2 días. Jornada de tarde
Análisis de Datos en Meta-Análisis	30 € 1 día. 3 horas lectivas

Formación Continuada online INFORMACIÓN Y OPCIONES DE MATRÍCULA: CONSULTAR LA PÁGINA WEB: www.fundacion-icomem.org

Cuadernos Monográficos de Formación Continuada online
Plataforma online de Formación MIR.
Formación Médica Continuada online UNIVADIS:
Canal ICOMEM TV (Canal de TV online)
Máster en Gestión Hospitalaria
Máster en Gestión de Servicios Oncológicos
Máster en Medicina y Salud en la Web 2.0
Curso Básico de Ecocardiografía
Curso de Radiología Básica de la Mama
Curso Básico de Reproducción Asistida
Curso de Espasticidad en Esclerosis Múltiple
Curso de Actualización Epidemiológica y Clínico-Terapéutica de la Fibrilación Auricular
Curso de Diagnóstico y Tratamiento en Hipertensión Arterial Pulmonar del Grupo I y Tromboembolia Crónica
Curso de Rehabilitación Cardíaca
Máster Universitario Oficial en Prevención de Riesgos Laborales
Formación Universitaria en Medicina Paliativa
Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo Sanitario
Curso Online de Estrés Postraumático - VIII Curso de la SETEPT (Sdad Española de Especialistas en Estrés Postraumático): Personalidad, Trauma y Resiliencia
Másters y Especializaciones de la Fundación Universitaria Iberoamericana (FUNIBER)
Másters y Experto Médico del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social

Cursos de idiomas

Curso de Inglés para Médicos. Lugar de celebración: C/ Santa Isabel, 51. (Distintos grupos según nivel, mínimo 6 alumnos/grupo y 12 máximo).

Noviembre 2012 a febrero 2013/ marzo a junio 2013. 1 día/semana. Martes: Intermedio. Miércoles: Intermedio/Alt. Jueves: Avanzado.

De 20:00 h. -21:30 h. 225 €/ Cuatrimestre. Posibilidad de incorporarse durante el curso. Prueba de nivel: www.fundacion-icomem.org

Plataforma online: Burlington Doctors English: Herramienta para aprender inglés en un contexto profesional. Programa de 12 meses que incluye 3 cursos de inglés general + un módulo de inglés médico. Precio matrícula: 88 €

Cursos de informática

SE NECESITA UN MÍNIMO DE ALUMNOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS CURSOS. LUGAR CELEBRACIÓN: AULA INFORMÁTICA

Cursos para médicos jubilados. Colabora: Vocabia de Médicos Jubilados del ICOMEM

Curso Completo de Informática: Manejo de Windows 7 + Word 2010 + Introducción a Internet + Correo Electrónico

Del 15 al 31 de enero y del 5 al 12 de febrero 3 días /semana M-X-J
15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30 y 31 de enero y 5, 6, 7 y 12 de febrero
10:30 h. – 13:30 h. 160 € (Curso Completo)

Curso Completo de Informática: Manejo de Windows 7 + Word 2010 + Introducción a Internet + Correo Electrónico

Del 19 al 28 de febrero y del 4 al 19 de marzo de 2013
3 días / semana M- X – J
19, 20, 21, 26, 27 y 28 de febrero y 4, 5, 6, 11, 12, 13 y 19 de marzo
10:30 h. – 13:30 h. 160 € Abierto

Para la obtención del diploma acreditativo de un curso, es necesaria la asistencia mínima del 90% en cursos de más de 20 horas y de la totalidad en el caso de cursos de menos de 20 horas de duración



Información e inscripciones:
Formación Continuada del ICOMEM
Telfs.: 915385118 y 915385305
Fax: 915385383
formacion@icomem.es

Técnicas de la biopsia correcta en el aparato locomotor



0,6 CRÉDITOS

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL CONSELL CATALÀ
DE FORMACIÓ CONTINUADA DE LES
PROFESSIONS SANITÀRIES - COMISIÓ
DE FORMACIÓ CONTINUADA DEL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Dr. E. Carlos Rodríguez-Merchán

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología-A, Hospital Universitario La Paz, Madrid

Autores

Dr. Eduardo J. Ortiz Cruz y Dr. José M. González López

Unidad de Tumores Óseos, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología-A,
Hospital Universitario La Paz, Madrid

INTRODUCCIÓN

La biopsia se define como un procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de una muestra de células o tejido, mediante métodos cruentos, que luego se examinan al microscopio.

La biopsia no es un evento inocuo y puede influir en la estadificación, en el tratamiento, en la morbilidad y en la mortalidad del paciente. La realización de la biopsia no requiere grandes habilidades quirúrgicas, pero las decisiones relacionadas con su ejecución sí requieren una gran experiencia. Sin una planificación y ejecución adecuadas, la biopsia puede determinar el curso del tratamiento y hasta el pronóstico del paciente.

Las preguntas que se deben responder antes de hacer una biopsia son:

1. ¿La lesión debe ser biopsiada?
2. ¿Qué parte de la lesión debe ser biopsiada?

3. ¿Cuál es la vía anatómica más segura para llegar a esa localización?

En las dos últimas décadas, el pronóstico de los pacientes ha mejorado y, a la vez, los cirujanos ortopédicos oncológicos han demostrado su competencia en cuanto a la realización de los procedimientos encaminados a la conservación de los miembros evitando amputaciones, debido principalmente a:

- La mejora en los métodos de diagnóstico por imagen (resonancia magnética, principalmente) que permiten detectar la extensión del tumor y planificar el tipo de biopsia y de resección futura.
- La respuesta del tumor a los protocolos de quimioterapia.
- La estandarización y estadificación en la clasificación de los tumores.
- Mayor experiencia por parte de los cirujanos ortopédicos oncológicos con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, tanto para la resección tumoral como para la reconstrucción ósea y de partes blandas.

- Mejor conocimiento de la historia natural de los tumores musculoesqueléticos.
- Tratamiento integral y multidisciplinario en centros de referencia.

Los tumores primarios de hueso son infrecuentes, siendo difícil adquirir la experiencia necesaria para su tratamiento si no se trabaja en centros de referencia. Debido a la complejidad de las imágenes radiológicas y de las apariencias histopatológicas, además de los serios problemas y consecuencias que se originan de biopsias y tratamientos inadecuados, el manejo clínico, que incluye pruebas diagnósticas, terapias adyuvantes, tratamiento quirúrgico y análisis de los especímenes resecados, debe ser realizado por grupos multidisciplinarios con experiencia.

A pesar de la infrecuencia de estos tumores, el cirujano ortopédico general debe tener un conocimiento amplio de estas lesiones y la forma de realizar el diagnóstico, además

de conocer los tipos de lesiones y cuándo deben ser canalizadas a un centro de referencia. El manejo clínico que incluye pruebas diagnósticas, terapias adyuvantes, tratamiento quirúrgico y análisis de los especímenes resecados debe ser llevado a cabo por un grupo de especialistas con formación específica (superespecialización) en este tipo de lesiones, no concibiéndose otra estrategia terapéutica¹.

Para que el diagnóstico y el manejo sean lo más correctos posible, se requiere la evaluación de las características clínicas, radiológicas y patológicas. Es fundamental la comunicación entre el cirujano ortopédico oncológico, el radiólogo óseo y el patólogo óseo para evitar serios errores diagnósticos y el consecuente tratamiento inadecuado de la lesión. Este tipo de enfermos exige que la comunicación entre los diferentes especialistas sea íntima y constante, tanto de forma informal diaria como en las sesiones multidisciplinarias planificadas en la organización.

DATOS ESTADÍSTICOS

En comparación con todos los cánceres, el porcentaje de tumores de partes blandas es del 0,68%, y el porcentaje de tumores óseos, del 0,19%².

Como extrapolación, se puede considerar que la incidencia de sarcomas óseos es de 1 por 100.000 habitantes al año, o sea, 10 casos por 1 millón de habitantes, y que la incidencia de sarcomas de partes blandas de extremidades es aproximadamente tres veces superior a los óseos, con un promedio de 35 casos por millón de habitantes, por lo que en España se deberían diagnosticar sólo unos 2.000 casos nue-

vos de sarcomas óseos y partes blandas al año. Por tanto, la probabilidad de tener un tumor de este tipo es remota. Pero si una persona es afectada, para ella supondría el 100%, y en ese momento las estadísticas son sólo ilusión, y la realidad es que este paciente debe ser diagnosticado y tratado con todos los recursos humanos y técnicos que existan.

Los errores en el manejo de los pacientes con tumores óseos aún suceden y se puede decir que 1 de cada 10 pacientes que presentan una neoplasia de hueso o de partes blandas ha visto afectado su pronóstico por las siguientes causas:

- Retardo en el diagnóstico.
- Biopsia inadecuadamente planificada.
- Errores en el diagnóstico.
- Tratamiento inadecuado.
- Y todo ello ocurre de 3 a 5 veces más frecuentemente cuando la biopsia se realiza en centros que no son de referencia.

Analizando el artículo realizado por Mankin y otros miembros de la Sociedad de Tumores Musculoesqueléticos (Musculoskeletal Tumor Society o MTS) publicado en 1982³, se encuentran los siguientes datos en el análisis de 329 pacientes:

- 8,2% de errores importantes en el diagnóstico.
- 10,3% de biopsias no representativas.
- 17,3% de problemas con la herida quirúrgica de la biopsia.
- En un 18,2% el óptimo plan de tratamiento tuvo que ser modificado por problemas relacionados con la biopsia.
- En un 4,5% se realizó una amputación innecesaria y, lo más importante, en el 8,5% el pronóstico fue adversamente alterado.

Pero la situación fue más dramática cuando en 1996, o sea, 14 años

después del primer artículo, se realiza una nueva revisión y los datos desfavorables siguen sin cambiar significativamente, lo cual quiere decir que aún no existe concienciación⁴⁻⁶ sobre esta problemática en la profesión médica.

Sin embargo, el Grupo de Sarcoma de Escandinavia^{1,6} tiene unos datos estadísticos más esperanzadores; al parecer, su comunicación ha sido mejor con la comunidad médica y sus recomendaciones de referir todos los pacientes que tienen una masa de partes blandas profunda o subcutánea mayor de 5 cm y todas las lesiones óseas que sean susceptibles de malignidad o agresividad, previo a la biopsia, han sido más exitosas que en el grupo de la MTS, que en la mayoría fueron norteamericanos. En Suecia, desde 1990 hasta 1995 la tasa de referencia fue del 71 % con una sarcoma de partes blandas y del 88% con osteosarcomas. La mayoría de los pacientes que fueron referidos después de una cirugía tenían masas subcutáneas que fueron resecadas marginalmente, sin biopsia previa, situación clínica más fácil de resolver que una masa profunda.

En el manejo de los tumores musculoesqueléticos existen dos etapas fundamentales, que son la etapa diagnóstica, que incluye la fase prebiopsia y la biopsia, y la etapa terapéutica, y entre medias está el diagnóstico definitivo⁷⁻¹⁰.

En cuanto a la fase diagnóstica, la biopsia es la etapa final y se realiza después de haber hecho todas las pruebas de imagen y de laboratorio pertinentes, que deben ser realizadas en la mayor brevedad posible. Cuando el diagnóstico continúa siendo incierto, se procede con la etapa de diagnóstico definitivo mediante la realización de una biopsia¹¹.

Al conocer la extensión del tumor mediante las pruebas de imagen y tras saber el diagnóstico histopatológico, es cuando se procede a la fase de estadificación y de tratamiento. La estadificación se realiza según los conceptos de Enneking, que han sido aceptados por la MSTS, y se basa en la distinción de tumoraciones benignas y malignas, y cada una de ellas se evalúa según su actividad. Este sistema de estadificación permite realizar una evaluación pronóstica y terapéutica de la lesión^{12,13}.

Es preciso destacar que no todos los tumores requieren la ejecución de una biopsia. En los tumores benignos inactivos donde el diagnóstico clínico-radiológico está claro, no es necesario. Por ejemplo, el fibroma no osificante (figura 1), el defecto fibroso cortical, el quiste óseo simple, la displasia fibrosa, el hemangioma vertebral, el osteocondroma y los encondromas en falanges, entre otros.

La premisa fundamental es que la biopsia debe ser realizada por el mismo equipo quirúrgico que realizará la cirugía definitiva y, en el caso de que el paciente se vaya a canalizar a un centro de referencia, no se debería realizar la biopsia. Previo a la realización de la biopsia, se debe haber presentado el paciente en una sesión de tumores y todo el equipo multidisciplinario debe conocer el caso y, sobre todo, los radiólogos y los patólogos, que son los facultativos que junto con el cirujano ortopédico oncológico trabajan en la fase diagnóstica inicial.

Los radiólogos óseos son de gran ayuda en la localización de áreas viables del tumor y previenen de la toma de biopsias de zonas necróticas o no representativas que pueden confundir en el diagnóstico histopatológico. Además, en la

mayoría de los casos son los radiólogos óseos los que realizan las biopsias percutáneas guiadas mediante TAC o ecografía, siendo unos inmejorables colaboradores para el tratamiento de este tipo de pacientes.

El patólogo óseo debe conocer los diagnósticos diferenciales previamente a la recepción del tejido en el laboratorio. Un patólogo que se aventure a realizar un diagnóstico sin el conocimiento del caso desde el punto de vista clínico y radiológico puede cometer errores en el diag-

nóstico. El patólogo NO debería ofrecer un diagnóstico si no conoce el caso, y menos si no ha evaluado las pruebas de imagen en conjunto con el radiólogo y el cirujano ortopédico oncológico. Se ha visto que con la ayuda de un equipo multidisciplinario se puede dar una distinción entre malignidad y benignidad en casi un 98% de los casos de las biopsias intraoperatorias.

Las biopsias pueden ser abiertas o cerradas. Las abiertas se realizan mediante incisiones quirúrgicas, y cerradas son las que se denominan percutáneas y son realizadas mediante agujas finas y gruesas¹⁴.

Figura 1 Lesión osteolítica de tipo geográfico, localizada en la región metafisodiafisaria distal del fémur, en una paciente de 12 años. Asintomática y hallazgo casual. El diagnóstico radiológico es compatible con fibroma no osificante. No se realiza biopsia. El tratamiento es sólo seguimiento clínico-radiológico.



TIPOS DE BIOPSIA

Percutánea

Punción aspirativa con aguja fina (PAAF)

Es la toma de biopsia mediante una aguja de escaso calibre conectada a una jeringa y la realización de una aspiración. Se obtienen generalmente células aisladas que se extienden en una laminilla. Más que una biopsia, es una citología. Cuando se estima que es suficiente con obtener muestra citológica, la punción se realiza con agujas finas (calibre igual o inferior a 18G) tipo Vacu-cut.

Inconvenientes:

- Imprescindible disponer de un patólogo experto en citología.
- Errores en la toma de la muestra.
- Material insuficiente para el diagnóstico debido al poco material extraído. Además, no se observa la arquitectura del tejido.
- Difícil que determine el tipo de tumor, aunque sí puede aportar su benignidad o malignidad.
- Se analizan sólo las células.
- Puede no ser posible realizarla en lesiones óseas si la cortical ósea está íntegra.

Ventajas:

- No requiere la resección del trayecto de la biopsia.
- Puede ser útil en el estudio de recurrencias locales y diseminación linfática.
- Útil en tumores con un tipo celular homogéneo, tales como el mieloma y las metástasis.
- Procedimiento ambulatorio. Se puede hacer en la propia consulta.
- Menor coste.

Biopsia por punción con aguja gruesa

También se le denomina Core-biopsia o Tru-cut. El tejido de la biopsia se toma mediante pistolas automáticas, que reducen la molestia en el paciente. Una vez se coloca la aguja en posición de disparo, guiada mediante palpación o por técnicas de imagen, como sería la ecografía (figura 2) o el TAC, se presiona el disparador y la parte inferior de la aguja, que es la que succiona el tejido, se proyecta atravesando la lesión y saliendo rápidamente de ella con la muestra. Siempre se deben realizar múltiples pases por el mismo orificio de entrada, obteniendo por lo general suficiente material para el diagnóstico. Con esta técnica se toman

muestras de tejido, y no sólo células como es la PAAF.

Para obtener material para estudio histológico, usaremos agujas tipo Tru-cut o Core-biopsia que tienen un calibre de 14G. Se indica cuando una lesión ósea tiene componente de partes blandas o es una masa de partes blandas. Por esta técnica se obtiene un buen fragmento de tejido, hasta un máximo de casi 2 cm de longitud (figura 3). En caso de que la lesión ósea no tenga masa de partes blandas, se utilizan las agujas tipo Ostycut®, Bonopt® o Jamshidi®, que pueden penetrar con relativa facilidad en el hueso. Se ha demostrado que es más del 90% certero diferenciar el diagnóstico de benigno o maligno^{15,16}.

Inconvenientes:

- Imprescindible disponer de un patólogo experto.
- Errores en la toma de la muestra, principalmente por material insuficiente, aunque menor que con la PAAF. Sin embargo, en caso de que no se pueda ofrecer el diagnóstico con el tejido obtenido, siempre queda la opción de la biopsia abierta.
- Su trayecto debe ser resecado en la cirugía definitiva, a diferencia de la PAAF.

- Mayor potencial de hematoma que la PAAF.

Ventajas:

- Procedimiento ambulatorio.
- Consigue tejido y no sólo células (figura 4).
- Menor probabilidad de obtener muestra insuficiente que la PAAF.
- Mejor acceso a áreas difíciles de abordar, como es la columna y la pelvis (figura 5).

Abierta

Las biopsias abiertas, como su nombre indica, son un tipo de biopsias que son tomadas mediante incisiones quirúrgicas y se deben realizar en quirófano con las técnicas asépticas de una cirugía convencional.

Incisional

Es la biopsia en la que sólo se corta o extirpa un fragmento del tumor. Se realiza mediante una mínima incisión (figura 6).

Ventajas:

Se obtiene una mayor cantidad de tejido para el diagnóstico y para pruebas complementarias, como son la inmunohistoquímica, citogenética,

Figura 2 Paciente de 48 años con lesión osteolítica en la tibia proximal. (A) En la RM presenta importante masa de partes blandas. Se realiza biopsia percutánea guiada con ecografía (flecha naranja). (B) El diagnóstico histopatológico fue linfoma no Hodgkin.

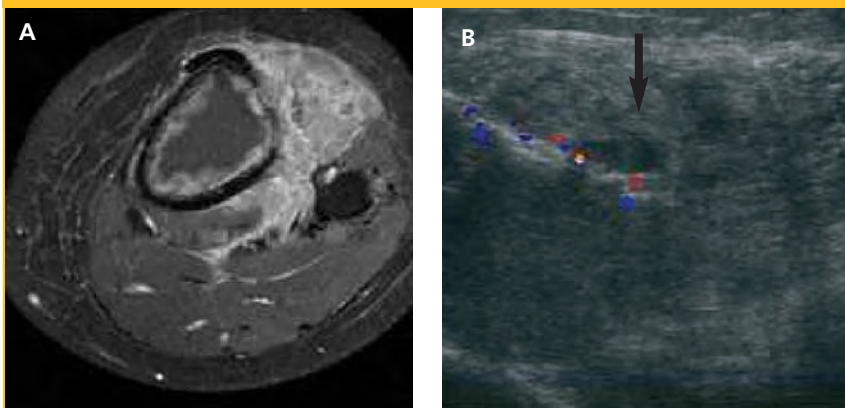


Figura 3 Ejemplo de muestra de tejido obtenida con aguja gruesa (Tru-cut).

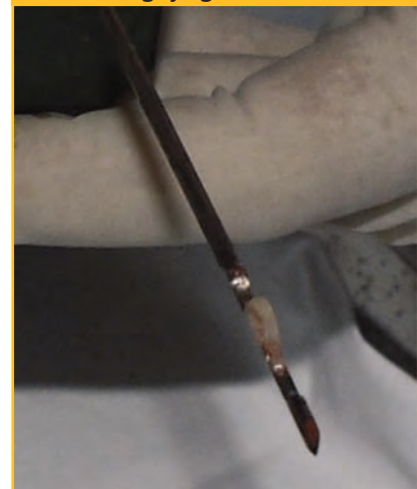
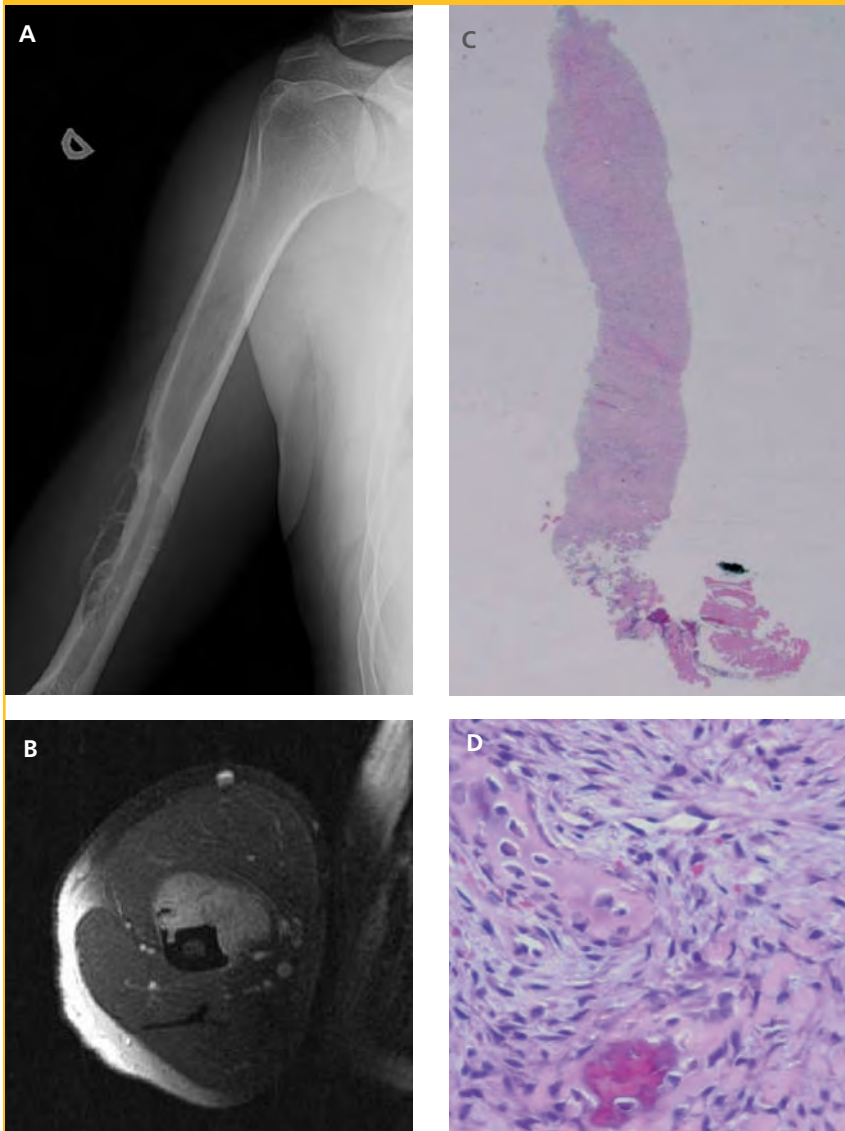


Figura 4 Paciente de 43 años con un dolor en el brazo derecho. (A) La radiografía simple demuestra una lesión osteolítica, que probablemente se origina en la superficie ósea en el tercio medio de la diáfisis humeral. (B) La RM confirma la lesión y las partes blandas adyacentes. (C) Se realizó una biopsia con Tru-cut, y el cilindro de tejido es suficiente para un diagnóstico de presunción de osteosarcoma de bajo grado. Correlacionando las imágenes con la anatomía patológica, el diagnóstico definitivo es un osteosarcoma yuxtacortical de la diáfisis del húmero. (D) El estudio histopatológico de la pieza tras la resección del tumor confirma el hallazgo de la biopsia con Tru-cut.



genética molecular, flujocitometría y microscopía electrónica, que ayudan a subclasificar el tumor (figura 7).

Inconvenientes:

- Mayor potencialidad de siembra tumoral en el trayecto de la biopsia.

- El trayecto debe ser resecado en la incisión de la cirugía definitiva (figura 8).
- Es más laborioso la resección del trayecto de una incisión que el trayecto de un Tru-cut.
- Mayor costo.

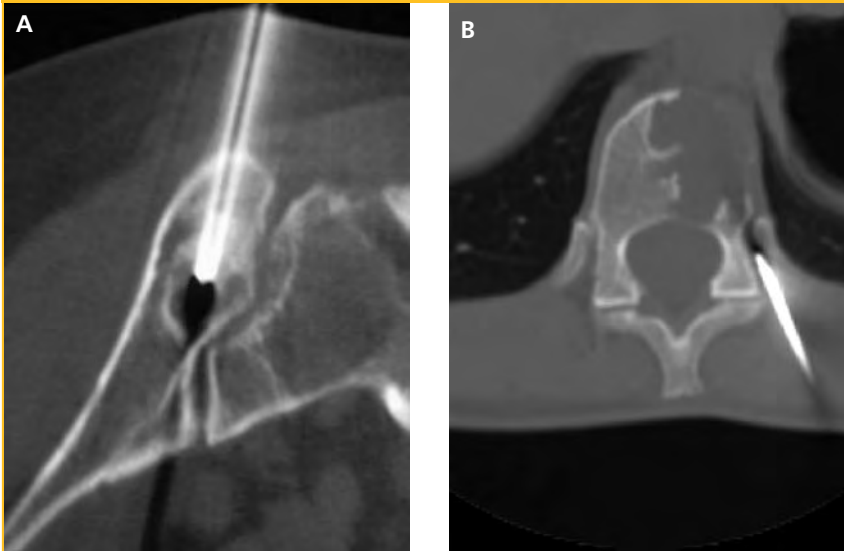
Excisional

- Es la toma de tejido de toda la lesión tumoral, lo que conlleva la extracción de todo el tumor.
- La biopsia excisional no se debe realizar a menos que la impresión diagnóstica sea claramente de un tumor benigno, como un osteocondroma o un lipoma (figura 9).
- A la mínima duda durante el procedimiento de una biopsia excisional o extirpación de una masa, en lugar de resecar la masa, se debe realizar una biopsia incisional y no seguir adelante con el procedimiento.
- Una biopsia excisional en un tumor maligno genera graves problemas. Los sarcomas de partes blandas poseen una pseudocápsula que da una falsa sensación de seguridad en el cirujano para la resección (figura 10). En primer lugar, el margen quirúrgico es inadecuado, ya que, por lo general, este margen será intralesional o marginal. Y en segundo lugar, la contaminación tumoral de los tejidos vecinos es importante, pudiéndose dar el caso de que la cirugía conservadora fuese imposible y se deba efectuar una amputación que no estuviese indicada previamente a la biopsia excisional.

REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA

- Realizarla posteriormente a las pruebas de imagen, pues si se realiza antes los cambios secundarios a la biopsia pueden alterar la apariencia de la lesión y el hematoma puede llevar a confusión acerca de la localización (figura 11).
- Realizarla en el trayecto de la cirugía definitiva, tanto si es una herida abierta como si es la punción del Tru-cut.

Figura 5 Lesiones óseas localizadas en columna y pelvis. La biopsia percutánea es, sin duda, el método de elección en estas localizaciones, ya que disminuye la morbilidad asociada a una biopsia abierta. La biopsia en estas localizaciones se realiza guiada con TAC. (A) Lesión osteolítica en el iliaco cercano a la articulación sacro-ilíaca. Biopsia percutánea. El diagnóstico fue osteoblastoma. (B) Lesión osteolítica en el cuerpo vertebral de T11. Biopsia percutánea que confirma un diagnóstico de tumor de células gigantes.



- La periferia del tumor es el lugar donde, por lo general, existen más células viables, mientras que la región central, por lo general, está más necrótica.
- Al biopsiar un tumor óseo con masa de partes blandas no es ne-

cesario tomar la biopsia del hueso. Es más viable y representativo su componente de partes blandas.

- Si la biopsia es abierta:
 - a. No se debe realizar la exanguinación del miembro con venda de Esmarch. Se debe dejar el miembro en elevación durante 10 minutos y, posteriormente, inflar manguito de isquemia.
 - b. La incisión debe ser longitudinal al eje del miembro.
 - c. Se debe tener un perfecto conocimiento de todas las vías de abordaje de la cirugía oncológica, tanto de la cirugía conservadora como de las amputaciones, pues la herida quirúrgica NO debe estar localizada en un lugar diferente de las mismas.
 - d. El cirujano debe tener un plan de tratamiento quirúrgico previo a la realización de la biopsia y debe conocer las diferentes opciones de

Figura 6 Ejemplo de herida quirúrgica longitudinal tras biopsia incisional de lesión en la tibia proximal.



tratamiento quirúrgico que realizará, ya sea cirugía conservadora o amputación. Por ello, es fundamental tener una impresión diagnóstica previa a la biopsia. Se puede decir que la biopsia debe confirmar el juicio clínico que emite el equipo multidisciplinario que trata al paciente.

- e. El abordaje quirúrgico no debería atravesar más de un compartimento. No se debe realizar una disección intermuscular para llegar a la lesión, pues la contaminación sería importante y se produciría mayor hematoma posquirúrgico.
- f. Si ha sido necesario realizar una apertura de la cortical del hueso (ventana), se debe sellar, preferiblemente con cemento óseo. La ventana ósea debe ser realizada de forma oval y no cuadrada o rectangular, y lo más pequeña posible debido al riesgo de fractura.
- g. Cuando se va a tomar la muestra, se debe realizar con el bisturí o con una cuchara, teniendo cuidado de no dañar la arquitectura de la tumoración ni aplastar el tejido. Se debe manejar con mucho cuidado la muestra que se toma.
- h. Posterior a la toma de la biopsia, se debe cambiar todo el instrumental quirúrgico y los guantes de los cirujanos y del instrumentista antes de proceder al cierre por planos.
- i. Se debe realizar una hemostasia cuidadosa y, si se ha colocado un manguito de isquemia, se debe soltar y realizar la hemostasia. El hematoma producido tras la realización de una biopsia se considera parte de la lesión,

Figura 7 (A) Mujer de 22 años con dolor en cara interna de muslo durante los dos meses previos a la consulta; desde hace dos semanas comienza con cojera y se nota un bulto. Las pruebas de imagen, entre las que se incluye la RM, demuestran una masa de partes blandas en la cara anteroexterna del muslo. Se realizó biopsia percutánea con material insuficiente, por lo que es necesario una biopsia insisional. (B) Biopsia insisional compatible con sarcoma de Ewing, aunque fue necesario la realización de FISH. (C) Realización de FISH del material extraído de la biopsia insisional. Confirma el diagnóstico de sarcoma de Ewing mediante la confirmación de la traslocación t(11;22) (EWS/FLL1).

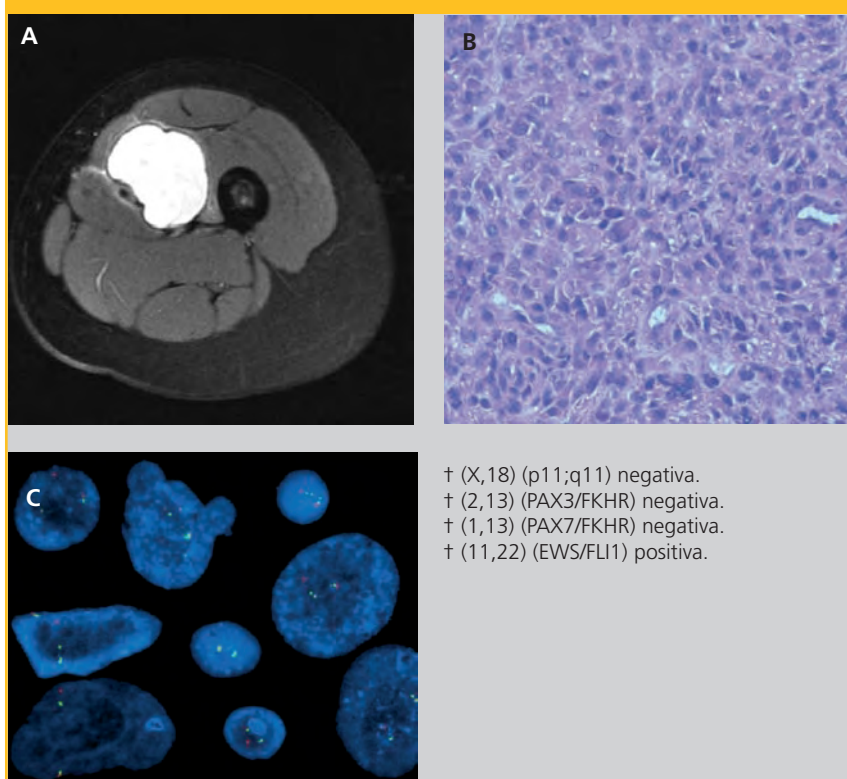
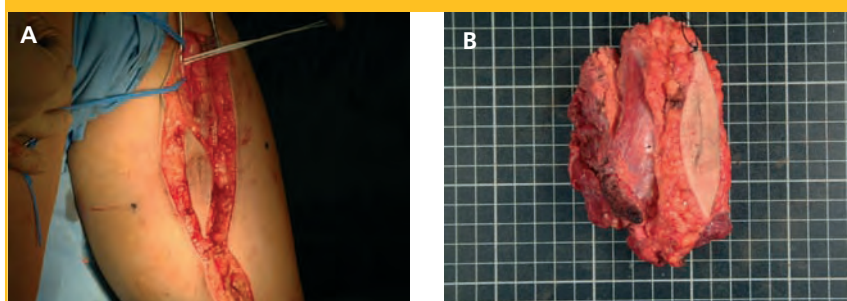


Figura 8 (A) Resección del trayecto de la biopsia insisional de la paciente de la figura 7. (B) Resección con márgenes amplios del tumor y con el trayecto de la biopsia incluido en la misma.



por lo que se debe evitar al máximo que sea posible y, si sucede, debería estar incluido en la resección del tumor o en el campo a irradiar. Los grandes hematomas pueden disecar los tejidos blandos y el tejido celular subcutáneo y contaminar toda la extremidad, haciendo imposible la cirugía conservadora.

- j. Si se coloca un drenaje, debe estar adyacente y en la línea de la incisión definitiva, con el objeto de que pueda ser resecado posteriormente. No se debe exponer el paquete neurovascular. Si se expone durante la biopsia, él será parte del problema.
- k. Siempre se debe tomar una biopsia intraoperatoria para confirmar que el tejido es significativo para hacer un diagnóstico¹⁷.
- l. Se deben tomar cultivos.

ERRORES QUE DEBEN EVITARSE

- Entre los errores más frecuentes, está la realización de la biopsia antes que los estudios de imagen complementarios.
- Se debe evitar la tentación de realizar el diagnóstico lo antes posible y saber que es más perjudicial para el paciente la realización de una biopsia sin los estudios de imagen previos que la espera de la realización de estos estudios. Debemos ser conscientes de que NO es una pérdida de tiempo la realización de los estudios de imagen previamente.
- La realización de una biopsia en un centro que no tiene la infraestructura para la práctica de los tratamientos adyuvantes y de la cirugía oncológica adecuada. Es por ello por lo que cuando la

Figura 9 (A) Masa de partes blandas en la cara medial del muslo de una paciente de 68 años que por RM es compatible con lipoma. (B) Resección de la masa mediante biopsia excisional. Si fuese un tumor maligno, el margen sería inadecuado, pero la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de presunción de la RM: lipoma.

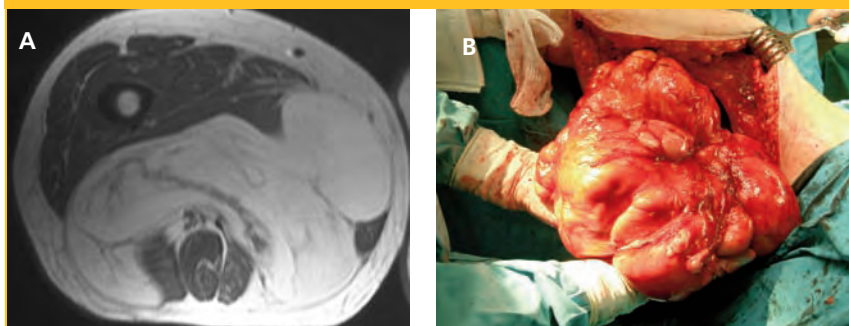


Figura 10 Sarcoma de partes blandas en el que fue necesaria la amputación por la imposibilidad de conseguir un margen amplio. En la foto se aprecia la pseudocápsula del tumor, donde se aprecia la facilidad con la que se puede separar del tumor, por lo que, en caso de una cirugía con biopsia excisional de esta pieza, la disección es fácil, pero siempre quedarán restos tumorales en el paciente.



presunción diagnóstica incluye un tumor maligno, no se debe realizar la biopsia y se debe consultar o remitir al paciente.

- En caso de que un cirujano ortopédico se encuentre en una cirugía “no tumoral” con un probable tumor, se debe evitar la tentación de continuar la cirugía realizando una resección intralesional o marginal inadecuada (“debul-

king”). La única excepción sería un tumor que presente una hemorragia copiosa. En este caso, se debe realizar un curetaje o resección intralesional, llenar la cavidad con cemento óseo y cerrar.

- Además, se debe realizar lo siguiente:
 - a. Biopsia intraoperatoria, más que para el diagnóstico inmediato se toma para que el

patólogo confirme la adecuada toma de la muestra¹⁷.

- b. Revalorar las pruebas de imagen en el quirófano y, ante la menor duda, lo mejor es finalizar el procedimiento, realizando una hemostasia cuidadosa, evitando la contaminación de más planos.
 - c. En este caso, se deben tomar todas las precauciones de la biopsia abierta mencionadas previamente.
- No conocer las incisiones estándares más utilizadas para la cirugía conservadora o para realizar los colgajos de las amputaciones.
 - Exanguinar el miembro con una venda de Esmarch.
 - No “soltar” el torniquete y no hacer hemostasia.
 - Realizar incisiones transversales en las extremidades (figura 12).
 - Llevar a cabo una “bonita” disección de los compartimentos para llegar a la zona tumoral.
 - Realizar el abordaje a través de los tendones o exponiendo el paquete vasculonervioso.
 - Ubicar la salida del drenaje en un sitio diferente de la incisión.
 - No tomar cultivo.
 - No tomar biopsia intraoperatoria.
 - En el caso de que la biopsia percutánea sea realizada por el radiólogo (guiada por TAC o ecografía), el principal error es no evaluar la localización de Tru-cut, pues, como se ha comentado, debe corresponder con la incisión definitiva. En este punto se insiste en la comunicación con el radiólogo, pues ellos no conocen los abordajes definitivos.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y el tratamiento correctos de los tumores del sistema musculoesquelético se deben basar en la presentación clínica, en los resultados de los estudios por imagen

Figura 11 Lesión osteolítica de márgenes permeativos, con rotura de la cortical y matriz intratumoral, compatible con osteoide en la radiología simple y con una impresión diagnóstica de osteosarcoma. Se realizó una biopsia insicisional, previa a las pruebas complementarias. En la figura se aprecia la RM, que se realiza después de la biopsia insicisional. Se puede ver la masa de partes blandas propia del tumor (flecha amarilla) y el hematoma, y contaminación de la biopsia insicisional (flecha roja).



y en el diagnóstico anatomopatológico. La importancia de un plan cuidadoso y de la realización de la biopsia no puede ser minimizado, pues un error en esta fase puede tener un efecto negativo en la supervivencia, en el pronóstico, en la realización de un diagnóstico preciso y comprometer la realización de una cirugía conservadora del miembro. Recomendamos las biopsias cerradas mediante Tru-cut realizadas con

ecografía o TAC. Se debe trabajar en equipo multidisciplinario en centros de referencia. No se concibe el manejo de estos tumores en centros sin experiencia en esta patología.

La biopsia es una de las claves del manejo de los tumores musculoesqueléticos. Si se realiza adecuadamente, guiará de forma adecuada el tratamiento del paciente. Pero, si no es así, la biopsia puede ser el ori-

Figura 12 Se observa una incisión transversa, con el objeto de realizar una biopsia excisional en un paciente que presentaba una masa de partes blandas en la cara anteromedial y proximal del muslo.



gen de frustraciones, errores diagnósticos y tratamientos inadecuados, llevando al paciente a una morbilidad significativa que podría haber sido evitada.

Debe existir una consulta previa con el radiólogo óseo y con el patólogo para determinar el método de imagen (radioscopia, ecografía o TAC) más apropiado para guiar la biopsia, para elegir el tipo de aguja y determinar en qué zona de la lesión se obtiene el material. Además, si los diagnósticos diferenciales son conocidos y dan cierta certeza, probablemente con una mínima cantidad de tejido sea posible conseguir el diagnóstico.

Bibliografía

1. Gustafson P, Dreinhöfer KE, Rydholm A. Soft tissue sarcoma should be treated at a tumor center. A comparison of quality of surgery in 375 patients. *Acta Orthop Scandinavica* 1994;65:47-50.
2. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. (eds.). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2003. National Cancer Institute. Bethesda, MD. Disponible en: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2003.
3. Mankin HJ, Lange TA, Spanier SS. The hazards of biopsy in patients with malignant primary bone and soft-tissue tumors. *J Bone Joint Surg Am* 1982;64:1121-7.
4. Mankin HJ, Mankin CJ, Simon MA. The hazards of the biopsy, revisited: Members of the Musculoskeletal Tumor Society. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:656-63.
5. Springfield DSS, Rosenberg A. Editorial-Biopsy: Complicated and Risky. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:639-43.
6. Bauer HCF. Biopsy: complicated and risky. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79(10):15913.
7. Campanacci M. Bone and Soft tissue tumors. New York: Springer-Verlag; 1990.
8. Schajowicz, F. Tumors and Tumor-like lesions of bone. Pathology, radiology and treatment. 2nd Edition. New York: Springer-Verlag; 1994.
9. Ferrández-Portal L, Ortiz-Cruz EJ, Ramos Pascua L. Diagnóstico de los tumores óseos. Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Actualizaciones SECOT 1. Barcelona: Masson; 1999. p. 99-121.
10. Peabody TD, Gibbs CP, Simon MA. Current concepts review. Evaluation and staging of musculoskeletal neoplasms. *Journal of Bone Joint Surg Am* 1998;80:1204-8.
11. Simon MA. Biopsy. En: *Surgery for Bone and Soft Tissue Tumors*. Simon MA, Springfield D (eds.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1998;55-65.
12. Enneking WF. A system of staging musculoskeletal neoplasms. *Clin Orthop* 1986;204:9-24.
13. Enneking WF. Staging musculoskeletal tumors. En: *Musculoskeletal Tumor Surgery*. Enneking WF (ed.). New York: Churchill Livingstone; 1983. p. 87-8.
14. Ortiz Cruz EJ, Martel Villagran J, Bueno Horcadas A. Procedimientos mínimamente invasivos en el tratamiento de los tumores óseos. En: *Actualizaciones SECOT 5. Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología*. Capítulo 4. Barcelona: Masson; 2005. p. 27-34.
15. Heslin MJ, Lewis JJ, Woodruff JM, Brennan MF. Core needle biopsy for diagnosis of extremity soft tissue sarcoma. *Ann Surg Oncol* 1997;4:425-31.
16. Skrzynski MC, Biermann JS, Montag A, Simon M. Diagnostic Accuracy and Charge-Savings of Outpatient Core Needle Biopsy Compared with Open Biopsy of musculoskeletal Tumors. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78-A:644-9.
17. Ashford RU, McCarthy SW, Scolyer RA, Bonar SF, Karim RZ, Stalley PD. Surgical biopsy with intra-operative frozen section. An accurate and cost-effective method for diagnosis of musculoskeletal sarcomas. *J Bone Joint Surg Br* 2006;88(9):1207-11.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 26 años que sufre molestias desde hace tres años en la cara posterior de la rodilla derecha tras un esfuerzo. Desde hace un año y medio el dolor va en franca progresión. Tanto en la cara anterior como posterior, nota au-

mento de volumen en la cara lateral de la pierna derecha en su tercio proximal y ocasional sensación de calambre en el pie. Se solicitan pruebas de imagen: RX, RM y gammagrafía ósea con Tc99 de todo el esqueleto.

1

En la radiografía simple, y principalmente en la proyección lateral, se observa probable lesión osteolítica en la zona metafisoepifisaria proximal de la tibia en su aspecto posterior. Se solicita RM.

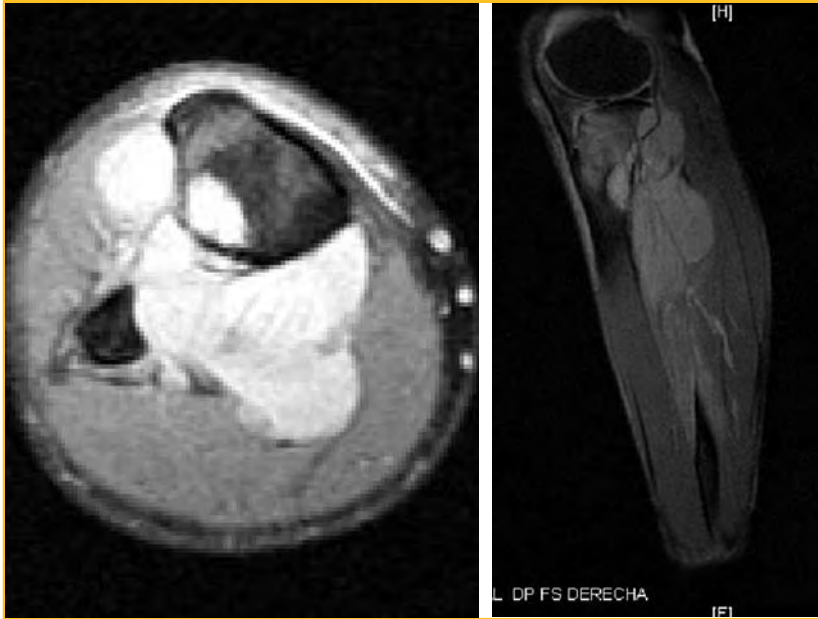


Continúa en página siguiente >>

Continuación caso clínico >>

2

En la RM se verifica una lesión osteolítica en la región metafisoepifisaria posterior de la tibia proximal y una gran masa de partes blandas en el compartimiento anterior y posterior. Se solicita gammagrafía ósea de todo el esqueleto.



3

La gammagrafía demuestra aumento de captación en el tercio proximal de la tibia derecha, sin otras captaciones patológicas.

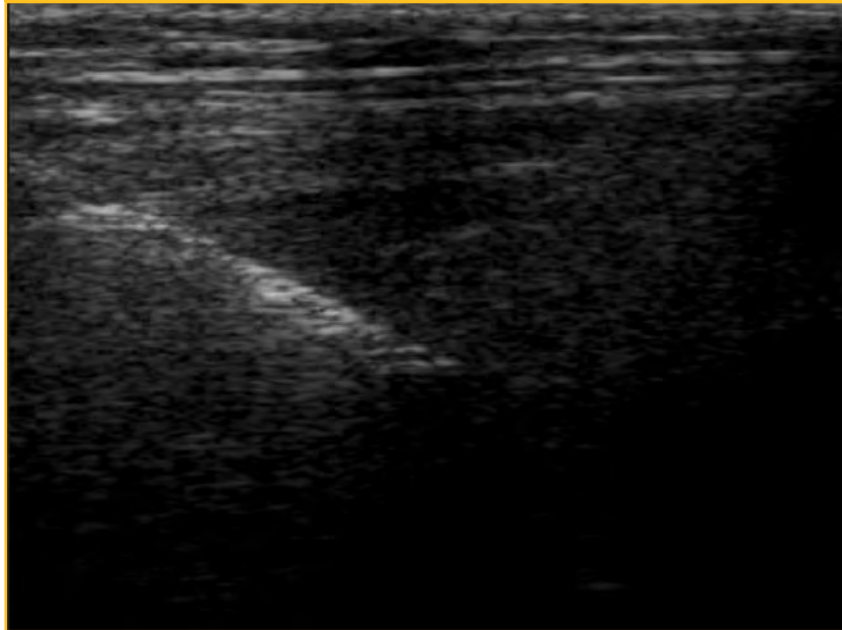


Continúa en página siguiente >>

Continuación caso clínico >>

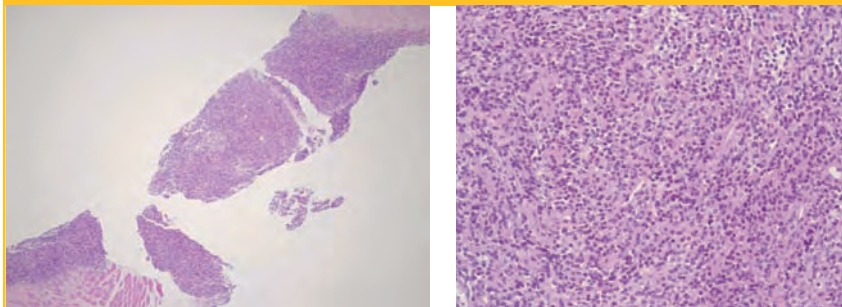
4

Se decide realizar biopsia percutánea guiada con ecografía. En la figura se observa biopsia con Tru-cut guiada con ecografía.



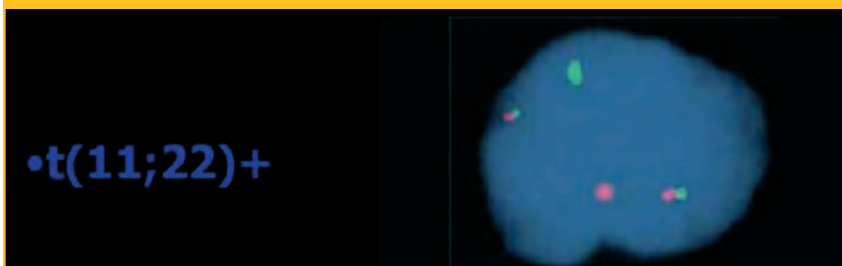
5

El cilindro obtenido es suficiente tejido para el diagnóstico. Se confirma sarcoma de Ewing, pero se solicita FISH.



6

La figura demuestra que el FISH es positivo para la traslocación t(11;22), ayudando a reconfirmar el diagnóstico de sarcoma de Ewing. El paciente inicia quimioterapia neoadyuvante.



Notas

Test

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Técnicas de la biopsia correcta en el aparato locomotor



0,6 CRÉDITOS

ACTIVIDAD ACREDITADA POR EL CONSELL CATALÀ DE FORMACIÓ CONTINUADA DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES - COMISSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El test de evaluación le ofrece la oportunidad de valorar sus conocimientos y obtener acreditación oficial.

Para conseguir dicha acreditación, debe enviar el test completado al Ilustre Colegio de Médicos de Madrid -C/ Santa Isabel, 51, 28012 Madrid-, a nombre del Programa de Formación Médica Continuada: «Técnicas quirúrgicas en cirugía ortopédica. Técnicas de la biopsia correcta en el aparato locomotor».

Una vez evaluado su test, y en caso de obtener un mínimo del 85 % de respuestas acertadas, se le entregará el certificado oficial de acreditación.

La fecha límite de realización del test es el 28 de febrero de 2013. Los que se reciban después de esta fecha no podrán ser evaluados.

Seleccione la mejor respuesta (solamente una opción es correcta) de cada una de las siguientes preguntas y coloque una X en la casilla correspondiente:

1. En comparación con todos los cánceres, el porcentaje de tumores de partes blandas y el porcentaje de tumores óseos es de:

- ☐ a. El porcentaje de tumores de partes blandas es del 2,68%, y el de tumores óseos, 20,19%
- ☐ b. El porcentaje de tumores de partes blandas es del 10,68%, y el de tumores óseos, 0,19%
- ☐ c. El porcentaje de tumores de partes blandas es del 0,68%, y el de tumores óseos, 0,19%
- ☐ d. El porcentaje de tumores de partes blandas es del 11%, y el de tumores óseos, 10%
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

2. El Grupo de Sarcoma de Escandinavia recomienda referir a los centros de referencia a:

- ☐ a. Todos los pacientes que tienen una masa de partes blandas profunda o subcutánea mayor de 10 cm y todas las lesiones óseas que sean susceptibles de malignidad o agresividad, previo a la biopsia
- ☐ b. Todos los pacientes que tienen una masa de partes blandas profunda o subcutánea mayor de 5 cm y todas las lesiones óseas que sean susceptibles de malignidad o agresividad, previo a la biopsia
- ☐ c. Referir sólo a los pacientes con masas de partes blandas, sin tener en cuenta el tamaño. No referir a los pacientes con lesiones óseas
- ☐ d. Todos los pacientes que tienen una masa de partes blandas profunda mayor de 5 cm y todas las lesiones óseas que sean susceptibles de malignidad o agresividad, previo a la biopsia. No referir a los pacientes con masas subcutáneas
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

3. La biopsia debe ser realizada por:

- ☐ a. El mismo equipo quirúrgico que realizará la cirugía definitiva
- ☐ b. El patólogo óseo y el oncólogo
- ☐ c. El equipo quirúrgico del hospital que va a referir el paciente
- ☐ d. El cirujano general
- ☐ e. Todos los anteriores

4. Los radiólogos óseos son de gran ayuda en la biopsia por:

- ☐ a. No son de ayuda
- ☐ b. La localización de áreas viables del tumor y previenen de la toma de biopsias de zonas necróticas o no representativas
- ☐ c. Realizar las biopsias de las zonas necróticas del tumor, que es donde está el material más significativo
- ☐ d. La realización de las biopsias percutáneas guiadas mediante RM y PET
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

5. Los inconvenientes de la PAAF son:

- ☐ a. Imprescindible disponer de un patólogo experto en citología
- ☐ b. Probabilidad de material insuficiente para el diagnóstico debido al poco material extraído
- ☐ c. Se analizan sólo las células
- ☐ d. Puede no ser posible realizarla en lesiones óseas si la cortical ósea está íntegra
- ☐ e. Todas las anteriores

6. Las ventajas de la biopsia por punción con aguja gruesa son:

- ☐ a. Menor potencial de hematoma que la PAAF
- ☐ b. Su trayecto debe ser resecado en la cirugía definitiva
- ☐ c. Siempre se consigue material suficiente para el diagnóstico
- ☐ d. Mejor acceso a áreas difíciles de abordar, como es la columna y la pelvis
- ☐ e. No requiere un patólogo experto

7. Las ventajas de las biopsias incisionales son:

- ☐ a. Menor costo
- ☐ b. Se obtiene mayor tejido para el diagnóstico y para pruebas complementarias
- ☐ c. Menor potencialidad de siembra tumoral en el trayecto de la biopsia
- ☐ d. El trayecto no debe ser resecado en la incisión de la cirugía definitiva
- ☐ e. Todas las anteriores

8. Algunos de los requisitos para la realización de la biopsia son:

- ☐ a. Realizarla posterior a las pruebas de imagen
- ☐ b. Realizarla en el trayecto de la cirugía definitiva, tanto si es una herida abierta o si es la punción del Tru-cut
- ☐ c. Realizarla en la periferia del tumor, que es el lugar donde, por lo general, existen más células viables
- ☐ d. a y b
- ☐ e. Todas las anteriores

9. Cuando se hace una biopsia incisional con ventana ósea para acceder a una lesión intraósea, se recomienda:

- ☐ a. Prevenir una fractura mediante enclavado endomedular
- ☐ b. Prevenir una fractura y la diseminación del tumor mediante placa de osteosíntesis
- ☐ c. Prevenir la fractura, haciendo una ventana ósea rectangular
- ☐ d. Sellar la ventana con cemento óseo
- ☐ e. No se recomienda hacer una ventana en la cortical del hueso



10. El hematoma producido tras la realización de una biopsia se considera:

- ☐ a. Es importante desde el punto de vista oncológico y se considera parte de la lesión
- ☐ b. Durante la cirugía debería estar incluido en la resección del tumor o en el campo a irradiar
- ☐ c. Que no es importante desde el punto de vista oncológico
- ☐ d. Los grandes hematomas es difícil que puedan disecar los tejidos blandos y el tejido celular subcutáneo
- ☐ e. a y b

11. El diagnóstico y el tratamiento correctos de los tumores del sistema musculoesquelético se deben basar en:

- ☐ a. La presentación clínica
- ☐ b. En los resultados de los estudios por imagen
- ☐ c. En el diagnóstico anatomopatológico
- ☐ d. En decisiones multidisciplinarias
- ☐ e. Todas las anteriores

12. En una paciente de 56 años, con una masa de partes blandas en el tejido celular subcutáneo, que ha crecido de 3 a 7 cm en 5 meses y del que la RM demuestra probabilidad de malignidad, ¿qué actitud tomaría?

- ☐ a. Biopsia percutánea con PAAF
- ☐ b. Biopsia percutánea con Tru-cut
- ☐ c. Biopsia incisional
- ☐ d. Biopsia excisional
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

13. En la realización de la biopsia es fundamental:

- ☐ a. La comunicación entre el cirujano ortopédico oncológico, el oncólogo médico y el radioterapeuta
- ☐ b. La comunicación entre el cirujano ortopédico oncológico, el patólogo óseo y el radioterapeuta
- ☐ c. La comunicación entre el cirujano general, el radiólogo óseo y el patólogo óseo
- ☐ d. La comunicación entre el cirujano ortopédico oncológico, el radiólogo óseo y el patólogo óseo
- ☐ e. Todas las anteriores

14. En una mujer de 15 años, con una lesión osteolítica de márgenes infiltrativos, en la zona metafisodifusaria de la tibia proximal, con masa de partes blandas hacia la cara interna, ¿qué actitud toma si usted trabaja en un centro de referencia?

- ☐ a. Biopsia abierta con una incisión transversal
- ☐ b. Biopsia cerrada mediante PAAF
- ☐ c. Comentar el caso en sesión clínica multidisciplinaria
- ☐ d. Biopsia percutánea con aguja gruesa guiada con TAC desde la cara externa de la tibia
- ☐ e. Amputación por encima de la rodilla

15. En un paciente que requiera una biopsia incisional, ¿qué requisitos debe tener en cuenta si la lesión es una masa de partes blandas en el tercio distal de la pierna?

- ☐ a. Incisión longitudinal

- ☐ b. Exanguinación del miembro con venda de Esmarch y torniquete
- ☐ c. Realizar la exanguinación por elevación del miembro y no utilizar venda de Esmarch
- ☐ d. Incisión transversal
- ☐ e. a y c

16. Los centros de referencia son útiles por:

- ☐ a. Mayor experiencia de los especialistas que tratarán al paciente
- ☐ b. Disminución de los errores en la toma de la biopsia
- ☐ c. No tienen utilidad: son perjudiciales para la comodidad del paciente, que en ocasiones debe desplazarse desde distancias alejadas de su lugar de residencia
- ☐ d. a y b
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

17. En un paciente con una alta probabilidad de metástasis óseas, ¿qué tipo de biopsia puede ser de elección?

- ☐ a. Abierta incisional
- ☐ b. Abierta excisional
- ☐ c. Cerrada con PAAF
- ☐ d. Cerrada con Tru-cut
- ☐ e. Todas las anteriores

18. La PAAF se realiza con agujas finas de calibre

- ☐ a. 14G
- ☐ b. 12G
- ☐ c. 10G
- ☐ d. 18G
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

19. El pronóstico de los sarcomas musculoesqueléticos ha mejorado por:

- ☐ a. Mejora en los métodos de diagnóstico por imagen
- ☐ b. Protocolos de quimioterapia
- ☐ c. Estandarización y estadificación en la clasificación de los tumores
- ☐ d. Mayor experiencia por parte de los cirujanos ortopédicos oncológicos
- ☐ e. Todas las anteriores

20. ¿Cuál es momento ideal para la realización de una biopsia durante la fase diagnóstica?

- ☐ a. La biopsia es la etapa inicial y se realiza en primer lugar antes de las pruebas de imagen y de laboratorios pertinentes
- ☐ b. La biopsia se realiza después de la radiología simple; no es necesario perder tiempo en espera de las otras pruebas de imagen, como la RM
- ☐ c. Si se sospecha un tumor maligno, la realización de las pruebas de imagen se debe posponer hasta después de la extracción del tumor
- ☐ d. La biopsia se realiza después de todas las pruebas de imagen que requiera el paciente
- ☐ e. Ninguna de las anteriores

Test

TÉCNICAS DE LA BIOPSIA CORRECTA EN EL APARATO LOCOMOTOR

Solicitud de participación

NOMBRE	APELLIDOS	N.º DE COLEGIADO
--------	-----------	------------------

Los certificados acreditativos se enviarán a la dirección que conste en la base de datos colegial a la fecha de recepción del test. Recomendamos que se comunique a esta corporación cualquier cambio o modificación de los mismos.

Participo en el programa sobre: «Técnicas quirúrgicas en cirugía ortopédica. Técnicas de la biopsia correcta en el aparato locomotor».

Fecha límite de recepción del test: 28 de febrero de 2013.

Los test recibidos después de esta fecha no podrán ser valorados.

- ☐ Como médico, solicito participar en el Programa de Formación Médica Continuada «Técnicas quirúrgicas en cirugía ortopédica. Técnicas de la biopsia correcta en el aparato locomotor», responsabilizándome de que los datos incluidos en esta solicitud de participación son fidedignos.

Firma del participante:

Los datos que usted nos ha facilitado serán incluidos en un fichero del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, con la finalidad de poderle prestar los servicios que nos solicite, así como información sobre productos y servicios de dicha empresa o de sus afiliadas. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, sus datos serán tratados de forma confidencial. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante un escrito dirigido al Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, C/ Santa Isabel, 51, 28012 Madrid.



Síndrome de May-Thurner o de compresión de la vena ilíaca

Mujer de 20 años de edad que acude a otro centro hospitalario por presentar dolor en fosa ilíaca izquierda irradiado a espalda y miembro inferior izquierdo, acompañado de fiebre sin tiritona. En la analítica no había datos relevantes. En dicho centro se realizó una TC abdominal donde se objetivaba una trombosis de vena ilíaca común izquierda, ilíaca interna izquierda e ilíaca externa izquierda, con aumento de partes blandas rodeando dichos vasos sugerente de masa pélvica. Se procedió a realizar una laparotomía exploradora, donde no se observaban lesiones y se tomaron biopsias del territorio parailíaco (sin datos de malignidad en anatomía patológica). Tras la cirugía la paciente presentó una anemia importante con gran hematoma abdominal y retroperitoneal con shock hipovolémico grave. Con el diagnóstico de trombosis extensa en territorio venoso ilíaco izquierdo y shock hipovolémico con anemia tras laparotomía exploradora, se traslada a nuestro centro para estabilización y evaluación diagnóstica y terapéutica (valorar colocación de filtro de vena cava inferior) habiendo recibido durante el ingreso tratamiento con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y esteroides. A su llegada a nuestro centro, ingresa en UCI. Se transfunden 3 concentrados de hemáties y tras soporte hemodinámico y estabilización clínica, pasa a sala donde se comienza el proceso diagnóstico. Se decide por

el momento, no implantar el filtro de cava. Reevaluando a la paciente, destacaba como antecedentes familiares de interés, que su padre había sido diagnosticado años atrás de una trombosis de vena mesentérica superior con hiperhomocisteinemia en tratamiento con antagonistas de la vitamina K y folatos, siendo heterocigoto en el estudio de trombofilia para el

gen de MTHFR y anticoagulante lúpico positivo débil. Como antecedentes personales destacaban cuadros de eritromelalgia en relación a cambios térmicos ambientales (pendiente de estudio para descartar síndrome de Raynaud), quiste ovárico izquierdo sugerente de teratoma de 1 cm de diámetro, estable, en seguimiento, y una intervención quirúrgica por un cistoadenoma ovárico gigante (30 cm) derecho en el año 2009. La paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular: no fumadora, no consumo de alcohol u otras drogas de abuso, no relaciones sexuales de riesgo, no viajes recientes a países tropicales ni trayectos de larga duración en avión. No convivía con animales domésticos. Vive en su domicilio con sus padres. Es estudiante. Raza blanca.

El cuadro clínico comienza de manera aguda, presentando dolor en fosa ilíaca izquierda con irradiación a espalda y miembro inferior izquierdo acompañado de fiebre sin tiritona ni escalofríos; negaba traumatismos previos en dicha zona o ingesta de anticonceptivos orales. Vida activa.

La paciente se encontraba hemodinámicamente estable y con aceptable estado general. En la exploración física destacaba un pulso carotídeo izquierdo débil, disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares, predominando lado derecho, taquicardia y soplo hiperdinámico II/VI en borde esternal izquierdo, pulso pedio izquierdo no palpable y masa en hipogastrio que se extiende a fosa ilíaca izquierda. Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

En la analítica en sala destacaban los siguientes valores: hemoglobina 8.7 gr/dl, hematocrito 26.1%, hierro 46 mg/dL, transferrina 146 mg/dL, saturación de la transferrina 23.8%. PCR: 22.3 mg/dL. Resto del hemograma normal. Bioquímica dentro de la normalidad. Perfil lipídico: normal. Estudio electroforético: normal. Hormonas tiroideas normales. Coagulación: normal (TTPA con perfusión de heparina no fraccionada de 52 segundos). Panel de autoinmunidad: todos los anticuerpos solicitados negativos. Marcadores tumorales: Ca

AUTORES

*Dra. Pilartxo Catalán
Martín, Dr. Ángel
Sanchez Guerrero (*),
Dra. Ana Sánchez
Morla y Dr. Agustín
Blanco Echevarría.
* Servicio de Medicina
Interna y
de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario
12 de Octubre, Madrid.*

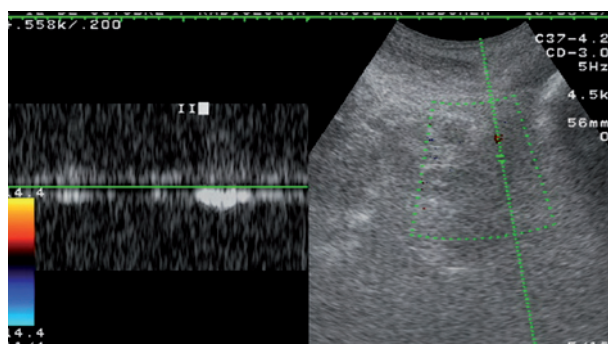


Figura 1. Eco Doppler Venoso de vena ilíaca izquierda: ausencia de flujo en representación espectral y color en la vena ilíaca izquierda por trombosis venosa aguda.

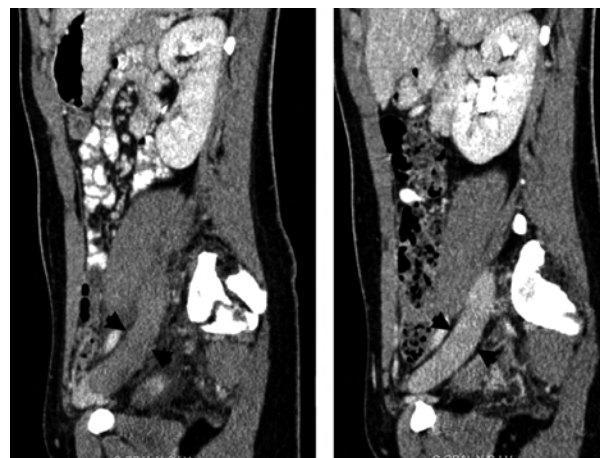


Figura 2.- TAC abdomino pélvico con contraste i.v – Cortes sagitales. Imagen izquierda, vena ilíaca izquierda aumentada de calibre con trombo en su interior (flecha negra). Imagen derecha, vena ilíaca derecha permeable (flecha negra).

125: 146.7 U/mL. Resto en rango normal. Estudios serológicos (VIH, VHB, VHC): negativos. Hemocultivos: estériles. Urocultivo: estéril.

Dada la historia clínica, nos encontramos ante una paciente con enfermedad tromboembólica venosa extensa en territorio iliaco izquierdo, con complicaciones graves secundarias a la anticoagulación y a un procedimiento quirúrgico. Ante estos hallazgos se plantea el diagnóstico diferencial de enfermedad tromboembólica venosa (tabla):

Trombofilias	Factor V de Leyden, Déficit de prot.C y prot.S, ...
Factores de riesgo protrombóticos	Drogas, fármacos, ACO, inmovilización, cirugía reciente,...
Sexo femenino	Embarazo
Enfermedades pélvicas infecciosas/inflam.	Salpingitis, rotura de embarazo ectópico, patología ovárica
Tumores benignos/malignos/trombosis venosa paraneoplásica	Enfermedad linfoproliferativa (Enf. De Hodking, LNH, tumor ginecológico)
Malformaciones congénitas vasculares	

Por los estudios realizados en el otro centro, razonablemente se descarta una enfermedad neoplásica (ausencia de hallazgos de malignidad en estudio anatomopatológico) y una enfermedad ginecológica infecciosa/inflamatoria/embarazo en laparotomía diagnóstica. La paciente niega cirugía reciente, inmovilización previa, toma de anticonceptivos orales o drogas de abuso, por lo que nuestro estudio diagnóstico se centró en el estudio de trombofilias (descartando razonablemente la posibilidad de hiperhomocisteinemia, dado que aunque el padre sea heterocigoto para la mutación y aunque la paciente haya heredado el alelo, no justificaría un debut tan abrupto sin existencia de factor desencadenante de suficiente entidad) y en las distintas pruebas de imagen, poco probable dada la edad de la paciente de la posibilidad de enfermedad venosa paraneoplásica .

Se realizaron distintas pruebas de imagen como una radiografía simple de tórax, un ecocardiograma transtorácico, una TC abdominopélvica, eco-doppler de miembros inferior

res, RM abdominal y estudio de medicina nuclear, con los siguientes hallazgos:

Eco-doppler vena cava inferior e iliacas: trombosis venosa de vena iliaca común izquierda y externa izquierda. Resto sin alteraciones.

Rx tórax: pinzamiento de senos costofrénicos posteriores, compatible con pequeño derrame pleural bilateral. Resto sin alteraciones reseñables.

RM abdominal: hematomas pélvicos y en el músculo recto anterior izquierdo que han disminuido levemente de tamaño con respecto a la TC previa. Realce de la pared de las colecciones pélvicas así como de la pared de la vena iliaca externa izquierda (compatible con cambios inflamatorios/ infección).

Ecocardiograma: estudio normal para la edad del paciente. Gammagrafía de ventilación/perfusión pulmonar: normal. Rastreo corporal total con gammagrafía con galio 67: no evidencias de focos de infección/inflamación.

Se decide revisar la TC abdominal realizada anteriormente, objetivándose hidronefrosis izquierda por compresión de uréter por hematoma y compresión morfológica de la vena iliaca común izquierda en el cruce aortoiliaco.

Juicio diagnóstico

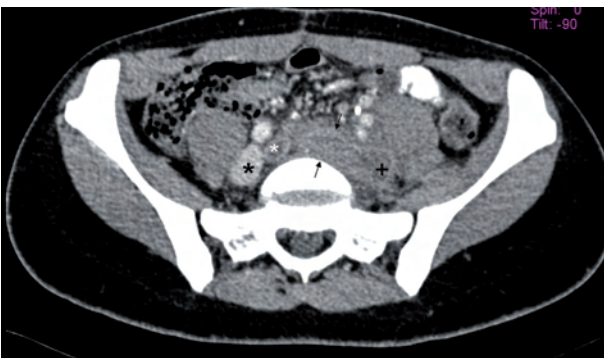
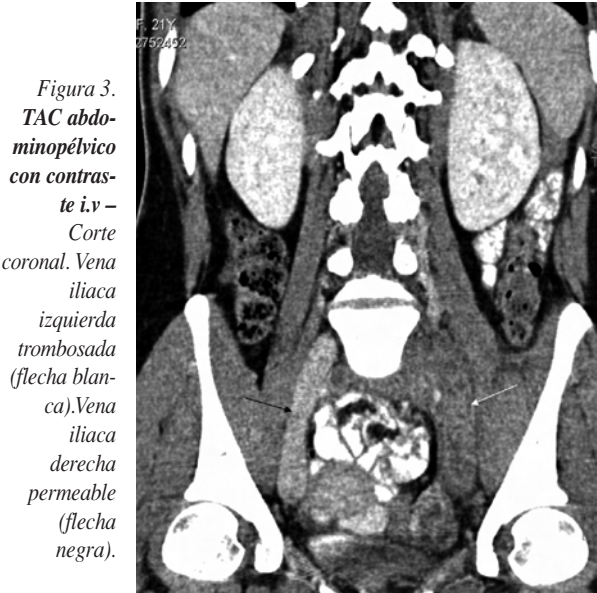
Trombosis de la vena iliaca izquierda en paciente con SÍNDROME DE MAY-THURNER (compresión morfológica de la vena iliaca común izquierda en el cruce aortoiliaco).

Otros diagnósticos:

- Hematoma retroperitoneal y de pared abdominal en paciente anticoagulada tras intervención quirúrgica
- Síndrome febril resuelto, de carácter inflamatorio, en el contexto de evento trombótico.
- Hidronefrosis de predominio izquierdo por compresión ureteral por hematoma, sin deterioro de función renal.

La paciente se mantuvo anticoagulada con heparina no fraccionada y posteriormente con acenocumarol, sin complicaciones nuevas, habiendo desaparecido la fiebre y estando la paciente en su situación basal.

Se decide completar el estudio de hipercoagulabilidad una vez pasada la fase aguda, y realizar seguimiento por imagen para valorar la posibilidad de implantación de un stent por parte del servicio de radiología intervencionista.



Revisión

El síndrome de May- Thurner fue descrito en 1956. Varios términos han sido utilizados para denominar este síndrome, por ejemplo síndrome de compresión de la vena iliaca, síndrome de Cockett (cuando la compresión se complica con trombosis iliaca izquierda), o síndrome de compresión de la vena iliaca primitiva izquierda. No es una causa infrecuente de anomalías venosas en miembro inferior izquierdo y es una causa a tener en cuenta en una paciente joven con enfermedad tromboembólica de miembro inferior izquierdo sin factores predisponentes. La prevalencia real de este trastorno es desconocido, aunque se estima que podría explicar de un 3 a un 5% de las trombosis en dicho territorio. Este síndrome puede presentarse como inflamación de la pierna, trombosis venosa profunda, éstasis venoso crónico con úlceras varicosas y tromboembolismo pulmonar. La patogenia radica en que la arteria iliaca primitiva derecha induce obstrucción parcial de la vena iliaca primitiva izquierda en dos maneras: por su orientación anatómica con atrapamiento físico subsecuente de la vena, y por ocasionar una hipertrofia de la íntima de la vena, resultante de la fuerza pulsátil de la arteria sobre ella, que con el tiempo induce a proliferación del endotelio y estrechamiento de la luz. La prueba diagnós-

tica por excelencia sigue siendo la venografía de territorio iliaco, aunque también es útil una TC con contraste aórtico. El tratamiento se dirige a aliviar la compresión de la vena iliaca mediante reparación quirúrgica, aunque la reparación endovascular con colocación de stent es una alternativa. La anticoagulación es fundamental.

Bibliografía

- May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology* 1957; 8:419-427.
- Cockett FB, Thomas ML. The iliac compression syndrome. *Br J Surg* 1965; 52:816-821.
- Cockett's syndrome, May- Thurner syndrome, or iliac vein compression syndrome.
- Gil Martín AR, Carreras Aja M, Arrieta Ardieta I, Labayen Azparren I. *Radiología*. 2012 May 21.
- Treatment of May-Thurner syndrome with catheter-directed thrombolysis and stent placement, complicated by heparin-induced thrombocytopenia.
- Seidensticker D, Wilcox J, Gagne P. Department of Surgery, Naval Medical Center, Portsmouth, Virginia 23708, USA.

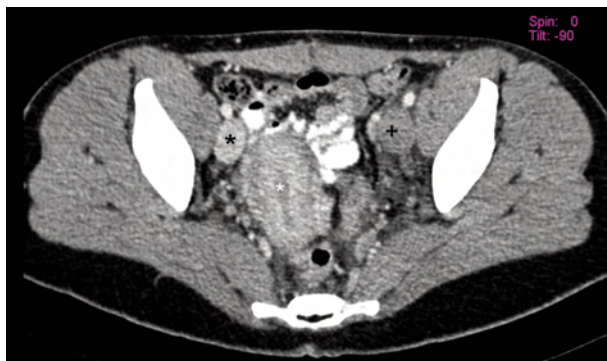


Figura 5. TAC abdominopélvico con contraste i.v – Corte axial. Vena iliaca izquierda trombosada (Cruz negra). Vena iliaca derecha permeable (asterisco negro). Utero (asterisco blanco).



Figura 6. TAC abdominopélvico postquirúrgico con contraste i.v – Corte axial. Se aprecia la vena iliaca común izquierda (cabezas de flecha negras) comprimida entre la columna vertebral (cv) y la arteria iliaca derecha (aid). Hematoma vaina recto anterior (asterisco blanco). Vena cava inferior (vci). Arteria iliaca común derecha (aid). Arteria iliaca común izquierda (aii).

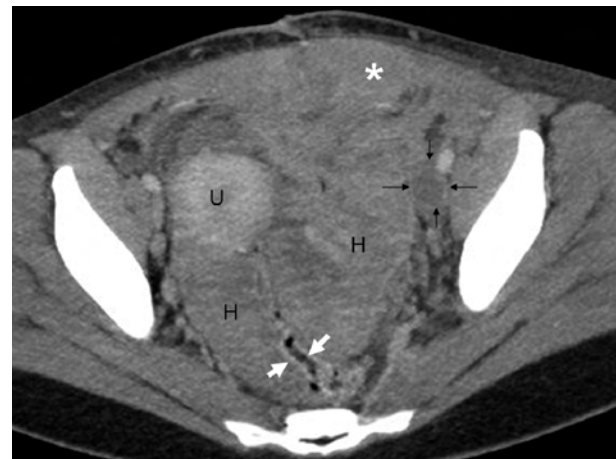


Figura 7. TAC abdominopélvico postquirúrgico con contraste i.v – Corte axial. Hematoma vaina recto anterior (asterisco blanco). Utero (U). Trombosis de vena iliaca externa izquierda (flechas negras). Hematomas pélvicos (H) con efecto de masa sobre útero y vejiga que se encuentran desplazados hacia la derecha sin signos asociados de sangrado activo. Recto (flechas blancas) comprimido por el hematoma pélvico (H).

Dr. Pedro Ruiz Barnés, Defensor del Médico

"Serviré de ventana para los médicos con el colegio, la Administración y las aseguradoras privadas"

El que fuera en los últimos doce años jefe de servicio de Neurocirugía de la Fundación Jiménez Díaz, el doctor Pedro Ruiz Barnés, ocupa ahora el cargo de Defensor del Médico en el Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Se trata de una figura pionera en España con un objetivo claro de mediación entre los colegiados madrileños con la Administración, las aseguradoras privadas y la propia corporación médica.

Dr. Pedro Ruiz Barnés,
Defensor del Médico



P. ¿Cómo surgió su nombramiento como defensor del médico?

R. Soy un médico jubilado con más de 40 años de trabajo hospitalario, y me llamó la actual junta directiva para ocupar este puesto. Además, dispongo de tiempo, experiencia y voluntad de servicio que trasladaré a esta función. Una cosa muy interesante es que la figura es nueva, no existe en otros colegios de España, sólo hay alguna experiencia en la medicina anglosajona. Mi ilusión no sólo pasa por servir de enlace entre los colegiados y la junta directiva sino al mismo tiempo dar cuerpo a una figura con vocación de permanencia. Además, se trata de una figura independiente, al no formar parte de la junta directiva, que debe asentarse con un reglamento propio. Me han tocado momentos difíciles pero aquí estoy, con voluntad de actuar, asentar y afianzar esta ventana de comunicación con los colegiados apoyado por todos los órganos del colegio: junta directiva, comisión deontológica, asesoría jurídica, etc.

P. ¿Qué características debe tener un Defensor del Médico?

R. Es fundamental que sea una figura independiente, no ligada a nombramientos sindicales, ni políticos, ni internos. Mis decisiones serán independientes al comportamiento de la junta directiva, que ya de por sí tiene un programa complejo de actuación.

P. ¿Qué puede aportar su personalidad a esta figura?

R. Creo que tengo una alta dosis personal de sentido común. Por mi profesión he tenido que establecer contactos con distintos profesionales y colectivos y en diferentes situaciones, lo que me ha dado una experiencia de comportamiento social humano de todo tipo. Quiero ser mediador en conflictos que se me asignen entre médicos, entre médicos e instituciones, o entre médicos y el propio colegio, poniendo a disposición de los colegiados los medios que dispone el colegio para ayudarles, informarles y orientarles en la resolución de sus problemas.

P. ¿Cómo valora la situación tan complicada que atraviesa la Sanidad en Madrid?

R. Nos encontramos ante una reforma completa de la forma de trabajar y de la situación laboral de los médicos en Madrid. La decisión que ha tomado la Consejería de Sanidad probablemente ha estado inducida por una serie de presiones económicas y ha hecho una propuesta para modificar el *statu quo* de los médicos y otros profesionales en el sistema yendo hacia la privatización. Esto no había pasado nunca, es un modelo que nunca se ha llevado a cabo en Madrid, aunque haya ejemplos concretos de hospitales. Parece que la Consejería ha hecho lo que debía, que es hacer una propuesta de un plan, pero no ha hecho que ésta sea discutida y consensuada con la sociedad y, sobre todo, con el Colegio de Médicos, que tiene una labor fundamental en la relación del trabajo médico con la Consejería. No ha sido consultado sobre este tipo de normas, lo que hace que sean difíciles de asumir.

P. ¿Qué tipo de reclamaciones ha recibido durante estos primeros meses?

R. Son reclamaciones esperables dentro de lo que es un colectivo que trabaja en el sector sanitario, reclamaciones de médicos con médicos, de médicos con instituciones que les acosan con determinadas normas, y luego también de la medicina privada, profesionales que se sienten agraviados por las compañías de seguros. Estas propuestas las estamos intentando resolver con nuestros medios. Esta figura debe ser mucho más conocida por los colegiados, y en ello estamos.

P. ¿Cómo puede contactar un médico con usted?

R. A través de correo electrónico (defensor-delmedico@icomem.es) o en la sede del colegio en la calle Santa Isabel, 51. También se puede llamar por teléfono y pedir una entrevista.

P. Una vez que recibe una reclamación o queja, ¿cuál es el cauce que sigue?

R. Primero, acusar recibo de esa reclamación, y luego si va dirigida hacia la administración, algún responsable o director, dirigirme a ellos para pedirles la otra visión del tema, y así tener una visión doble. Se recoge información, se compara, y se llegan a conclusiones mediadoras.